	WESTIMA CORTA LITACON CHEQUE (FA	WORDE FIJAR CHEQUE EN ES GARY NUMBIGGESSING
, ,	GOBIERNO	JUE PUERTO RICO
\$ 1.	PLANUE A DE COURTENANCE	ENTO DE HACIENDA 2000
	ANO CONTRIBUTIVO 2	N SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS 2000 O AÑO COMENZADO EL
•	######################################	RMINADO ELdedeSUIL-HE-PAN
	ECRLOT B 027	Número de Seguro Social
	literalles les les alles la	
	URITZ UCASIC, LUIS A	Fecha de Nacimiento Sexo
	O RESIDENTE ACTUAL	Dia Mes Ano
,	PO BOX 3078	Número de Seguro Social Cónyuge
•	JUNCOS PR 00777-6078	Fecha de Nacimiento del Cónyuge
	Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Día Mes Año
	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	Teléfono Residencia
•	Dirección Residencial Completa (Barrío o Urbanización, Número, Calle)	Telélono Oficina
:		CAMBIO DE DIRECCION
	CAdiga Pastal	Mirrer Que Secho
:	SI NO	
-	A. ¿Ciudadano de Estados Unidos? B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año?	ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:
	C. Ligresos exentos de Lotería de Puerto Rico?	2) Casado que no vivía con su cónyuge (No lefe de familia)
	O D I M : Ingresos de premios de jugados en Unidades en	Andique nombre v seguro social del convuge)
Ì	F. U ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?	ejo) 3/ Soltero
	E. Otros ingresos exentos de Jugadas en Hipodromo? E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta And F. Obligación de hacer pagos a ASUME? FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públic H. Empleado Gobierno Federal	
	G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públic H. Empleado Gobierno Federal	cas
	I. Empleado Empresa Privada	PLANILLA 2001
_	" ' ' " " " " " " " " " " " " " " " " "	I ber neuer o course
	J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Ocupación cór	
	Su ocupación Maestro Ocupación cór	nyuge ESPAÑOL INGLES
	Su ocupación Maestro Ocupación cór	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos:
	Su ocupación Mastro Ocupación cór Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación	nyuge ESPAÑOL INGLES
200	Su ocupación Maestro Ocupación cór Use este formulario sólo si	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola.
	Su ocupación Modest rob Ocupación cór Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria intereses	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada.
	Su ocupación Modest rob Ocupación cón Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente.
	Su ocupación Modest rob Ocupación cór Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria intereses	cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
	Su ocupación Mastro Ocupación cór Use este formulario sólo si e Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados.
	Su ocupación Mastro Ocupación cór Use este formulario sólo si e Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija.	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a una
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si esta ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura.
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si esta ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los reconstructivos de servicios de casado.	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a una
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si esta ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones,
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si esta ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resultados, Comisiones, Concesiones y Propinas	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Fílmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si osu ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recompensación su estado personal de casado que rinde por separado. 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM 499R-2/W-2/PR 16/W-2/-SRIGUN APLIQUE.	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recomposación su	Cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 1,009 00 00 00 00 00
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recomposación su	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Fílmica dedicada a un Proyecto Fílmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Concesiones y Propinas 1,009 00 00 00 00
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recomposación su	Cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Concesiones y Propinas
	Su ocupación Mastro Use este formulario sólo si o Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recomposación su	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas L. 009 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
	Su ocupación Massimo Ocupación cón Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los re 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM 499R-2/W-2PR 1998-20W-2PR 1998-20	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es cludadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 1,009 00 00 00 00 00 00 00 00 00
	Su ocupación Maestero Ocupación cón Use este formulario sólo si ocupación su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los re 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM 499R-2/W-2PF 1499R-2/W-2PFR D-W-2/Y-SEGIN APLIQUE. Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 1, 009 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00
	Su ocupación West po Ocupación cón Use este formulario sólo si ocupación su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los re 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM 499R-2/W-2PRI ASPR 2001 APR 1 2001 Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Fílmica dedicada a un Proyecto Fílmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 20,945 00 00 20,945 00 Contribución Retenida Salarios Federales Contribución Retenida Salarios Federales
	Su ocupación Maestero Ocupación cón Use este formulario sólo si ocupación su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los re 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (FORM 499R-2/W-2PF 1499R-2/W-2PFR D-W-2/Y-SEGIN APLIQUE. Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	cumple con los siguientes requisitos: No reclama crédito por inversión en el Fondo de Capital de Inversión, Fondo de Turismo, Facilidades de Desperdicios Sólidos o Negocio Agrícola. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención del 7% por servicios prestados. No reclama crédito por inversión en una Entidad Filmica dedicada a un Proyecto Filmico o Proyecto de Infraestructura. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 20, 945 00 00 100 Contribución Retenida Salarios Federales (01) I, 009 00 Contribución Retenida Salarios Federales (02) 00

Formulário : GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVE Form 499R-2/W-2PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPA Rev. 05.00 COMPROBANTE DE RETENCION - W	ARTMENT OF THE TREASURY	DEPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIA SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombri-First Name	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages	17. Subtotales-cada 41 Subtotals-every 41
Apellido(s)-Surname(s) JR TIZ OCASII Dirección Poetal del Emplando Emplando	4 . Estado Civil-Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones-Commissions	18 Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address C MCK 3079 CDS PR 00777	Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10 Concesiones-Allowances	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN)	11. Propinas-Tips' C → D O	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 20945-00
Employer's Name and Mailing Address LS003034363 I FLORES CFT DE EDUCACION-MAESTROS	Cost of Pension or Annuity	12 Total = 8 + 9 + 10 + 11 20 945 - 00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 303. 70
STUTINA CALAS ATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla	13 Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses C • 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 • 0 0
umero de Teléfono del Patrono noloyer's Telephone Number ucha Cierre de Operaciones perations Closing Date	Copy B for Employee's Tax Return	1009.77	23. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
úmero Control - Control Number			24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected
Instrucciones at corso - instructions on a construction on the construction of the con	pack	16 Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0 00	Medicare Tax on Tips

	ed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:
FORIVA CORTA PLAN. CON CHEBIONA	VOR DE BSAR CHEQUE EN ESTE LUC
1997年中的中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中国中	OCIADO DE PUERTO RICO ENTO DE HACIENDA 2001
	LOODDE MOSTOCK
R W V V PI PO N D E A G PLANILLA DE CONTRIBUCION AÑO CONTRIBUTIVO 2	SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS PLANILLA: ORIGINAL ENMENDADA
dedeY TE	RMINADO EL de de SELOGO BERGO
3.034.03 8 027	Número de Seguro Social
Maria de di cui addi alla de la dela de	
	Fecha de Nacimianto Sexo
4 K-MINING MINUAL	Fecha de Nacimiento I Sexo
A A Section of the Contract of	Dia Mes Ano Número de Seguro Social Cónyuge
2006 - PA 00777-5070	Malinero de Seguiro Social Conyage
	Fecha de Nacimiento del Cónyuge
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Día Mes Año
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Teléfono Residencia
Dispoids Davids 110	(787) 286 /257 Teléfono Oficina
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	() -
	CAMBIO DE DIRECCION
Código Postal	O SI O No Introduction of the contract of the
SINO	
A. Ciudadano de Estados Unidos?	ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:
B. CResidente de Puerto Rico al finalizar el año? C. Lingresos exentos de Lotería de Puerto Rico?	Casado que vivía con su cónyuge y rinde pianilla conjunta Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)
D. Lingresos de premios de jugadas en Hipódromo?	(Indique nombre y seguro social del cónyuge)
E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta An	ejo) 3) 💆 Jefe de familla
F. Obligación de hacer pagos a ASUME?	4) Soltero
D. L'Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? E. Otros ingresos exentos de contribución? (Someta An F. Obligación de hacer pagos a ASUME? FUENTE DE MAYOR INGRESO: G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públi H. Empleado del Gobierno Federal	
G. Empleado del Gobierno, Municipios y Corporaciones Públi H. Empleado del Gobierno Federal	cas
i. Empleado de Empresa Privada	
- Empresa Filvada	
J. Retirado/Pensionado	PLANILLA 2002
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macstro Ocupación có	nyuge INGLES
J Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro	
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Macstro Ocupación có	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Mazstro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación	nyuge INGLES
J Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, interesos	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Mazstro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, interesos	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija.	nyuge ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Ocupación có Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resolutores.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los respectos de persiones.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los respectos de persiones.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los respectos de persiones.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los respectos de persiones.	ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES DE OS 499R-2/W-2PR,
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los respectos de persiones.	ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES DE OBANTES DE OS 499R-2/W-2PR,
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resolados de Recibido.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesíones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas DBANTES DE OBANTES DE OBAN
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resolados de Recibido.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES Y Propinas GENN APLIQUE.
J. Retirado/Pensionado Su ocupación Maestro Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resolados de Recibido.	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas CONCESIONES Y Propinas GENN APLIQUE.
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recollecturals in todos los recollectural	ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recolecturas personas de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recolecturas personas de casado que rinde por separado. 1. Sueldos, Comisiones, Con Propinas Suministre Los compresos Retencion (FORMULARIO 499R-2c/W-2cPR o W-2), Si SELLO #135 SELLO #135 Total (Núm. de comprobaticon esta planilla)	ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Salarios Federales
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recollecturals in todos los recollecturals in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Si usted no cumple con todos los recollecturals in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. 1. Sueldos, Comisiones, Compropinas in tereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos.	ESPAÑOL INGLES cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Salarios Federales
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resperado. Si usted no cumple con todos los resperado. 1. Sueldos, Comisiones, Con Propinas 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE No 1146 APR 16 2002 SELLO #135 Total (Núm. de comprobar con esta planilla) 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse Instrucciones)	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. equisitos, deberá rendir la Forma Larga. cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
Use este formulario sólo si Su ingreso bruto no es mayor de \$75,000. Su ingreso consiste solamente de salarios y compensación sujetos a retención, anualidades y pensiones. No ha recibido ingresos de pensión alimentaria, intereses, dividendos, negocio propio u otros ingresos. Reclama la deducción fija. No rinde bajo el estado personal de casado que rinde por separado. Si usted no cumple con todos los resparado. Si usted no cumple con todos los resparado. 1. Sueldos, Comisiones, Con Propinas 11046 CAGUAS 11046 DEPOSITANTE Nº 1146 APR 1 6 2002 SELLO #135 SUMINISTRE LOS COMPRO RETENCION (FORMULARIO 499R-2c/W-2cPR o W-2), SI SELLO #135 COLECTURIA TOTAL ASSERVA CON CONTROLLARIO (Núm. de comprobar con esta planilla)	cumple con los siguientes requisitos: Si solo reclama crédito por Aportación a la Fundación para la Libre Selección de Escuelas. No rinde una Declaración de Contribución Estimada. Es ciudadano americano o extranjero residente. No reclama crédito por contribuciones pagadas al extranjero. No reclama crédito por la retención en el origen por servicios prestados. Requisitos, deberá rendir la Forma Larga. Cesiones y A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Concesiones y Pr

.

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE DUEDTO	EXHIBIT Page 4 01 42	J	
Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIEND. COMPROBANTE DE RETENC	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO A - DEPARTMENT OF THE TREASURY CION - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2 Monther District	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Malling Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 21,805.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	Copia para Planilla del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
M	Copy for Employee's Tax Return	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988.11	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number Fecha Cierre de Operaciones		15. Fondo de Retiro Retirement Fund 1,906.31	0.00
Operations Closing Date Número de Control - Control Number DHA 14636133	Año: Year: 2001	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
	<u> </u>		11

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Rep. por: Departamento de Hacienda

Form 499R-2/W-2 PR Rev. 05.01 DEPARTAMENTO DE HACIENDA COMPROBANTE DE RETENC	ICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO - DEPARTMENT OF THE TREASURY ION - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 21,805.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s) - Surname(s)	4. Estado Civil - Civil Status	9. Comisiones - Commissions	18. Total Sueldos Seg. Soc.
ORTIZ OCASIO	Soltero Casado Single Married	0.00	Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0 . 0 0	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 21,805.00
Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12.Total=8+9+10+11 21,805.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 316.17
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAS HATO REY, PR 00919	Copia para Récords del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
	Copy for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 988.11	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: OOO4	1,906.31	24. Contrib, Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number DHA 14636133	Año: 2001 Year: 2001	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips
Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de redicación en		0.00	0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 ... Desc: Exhibit Page 5 of 42

2 2 5 3 0

5 600

1960

676

2 636

8 2 3 4

14294

· .	A - DEPARTMENT OF THE TREASURY NON - WITHHOLDING STATEMENT	NFORMACIL ARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married .	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Total Sueldos Seg. Soc. Social Security Wages 0 . 0 0
Direction Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0 . 0 0
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481.	11. Propinas - Tips	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326.69
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13, Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 . 0 0
	Copy B for Employee's Tax	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934.32	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Return	15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date	Año: AAA	1,960.32	24. Contrib. Medicare no Retenid en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number 32279788	- Año: 2002	16, Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips
32217100		0.00	0.00

Formulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RI Form 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA Rev. 05.02 COMPROBANTE DE RETENCI	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1, Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s)	Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Estado Civil - Civil Status	8. Sueldos - Wages 22,530.00	17. Subtotales - cada 41 Subtotals - every 41 18. Total Sueldos Seg. Soc.
ORTIZ OCASIO	Solvero Casado Single Married	9. Comisiones - Cammissions 0.00	Social Security Wages 0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Conyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0.00	19. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0 . 0 0
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips 0.00	20. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 22,530.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailling Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 22,530.00	21. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 326.69
AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récords del	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	22. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 . 0 0
3.	Empleado Copy C for	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 934 . 32	23. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Employee's Records	15. Fondo de Retiro Retirement Fund	0.00
Fecha Cierre de Operaciones Operations Closing Date Número de Control - Control Number 32279788	Año: 2002 Year: 2002	1,960.32 16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	24. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
		0.00	0.00

comulario 481 Rev. 05.03 PLANELACON CHEQUE FLANCINE QUE EN ESTE LUGAR)	16/20 17 25 36 D 3
William Control of the Control of th	
FORMACORTA ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMIENTO (DE HACIENDA	
DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS	
ENTER AND CONTRIBUTIVO 2003 O AND COMENZADO EL	PLANILLA: C ENMENDADA
dededede	FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Sexo Número de Seguro Social Cónyuge Sexo	A PART Sello de Pados Carallados
M OF	
Fecha de Nacimiento Continbuyente	
1729 P2 **********************************	
RTIZ OCASIO, LUIS A E C Fecha de Nacimiento Cónyuge	
RESIDENTE ACTUAL 137285	
UNC D5 PR 00777-6078 Mes Año Cambio de Dirección	and the second second
SI No	
Planilla 2004	Control of the Contro
ombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Plamila 2004 Español Inglés	
Teléfono Residencia	None of the Control o
irección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) 7872861257	
Teléfono Oficina	Correo Electrónico (E-Mail)
7 8 7 7 7 8 6 6 8 7 6	
PSECIONAL COUNTY LOST STATES AND ASSESSMENT OF THE PROPERTY OF	luis_o_ocasio 2004@yakos com
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION:
a. Ciudadano de Estados Unidos? g. Empleado del Gobierno, Municipios y	Contribuyente
2. Corporaciones Públicas Corporaciones Públicas	外影響情報
2. C Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? h. Empleado del Gobierno Federal	Conyuge
d ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i Empleado de Empresa Privada	Sello de Recibido
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado	A STATE OF THE STA
(Obligación de hacer pagos a ASUME?	And Ama da Tana da Maria da Ma
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	G nacisias 21
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. Jefe de familia (No para casados)	7 14 APR 2014 E. 1
2. Casado que no vivía con su conyuge (No jefe de familia) 4. Soltero	S FLED LES DON PAGE OF
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)	The family of the state of the
Encasillado 2	
A Contribución Patanida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
1 Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2,	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	y Propinas property op resistant out of the second of the
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	huna ob anniha nocehamo don mada maden nel anen d A Lubiuss
1. Sueidos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	y Propinas property op resistant out of the second of the
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas printing of control for their special post of the party of
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas 2 4 2 8 0 0 0 0 General militario managemento forma del propina d
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas The second property of the second
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas The second property of the second
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total (Núm. de comprobantes con esta planilla)	y Propinas Propinas

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc: Exhibit Page 8 of 42

			·	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	·
	EXPRESSO de Westernbanh				
	.,, I	RA DEPOSIT	RECEIPT		. ,
	NAME: LUIS ANGEL ORTIZ OCASIO		SOC SEC:	,	•
	ADDRESS: PO BOX 3078		BIRTH DATE:		
	JUNCOS PR 00777		ŢAX YEAR:	2003	•
	30,1003,22,00777		BRANCH NAM	IE: EXPRESSO CIDRA BRA	NCH
	TO THE PARTY OF TH			The state of the Model Notice	
	NAME: Deposit IRA Account ACCT NO.: 21160	000014	BANK:		SCA P. J. P. S. S. A. T. C. H. A. L. P. S.
	TERM: 012 MONTHS MATURITY: 04/07	/2005	ACCOUNT:		
	RATE: 3.550% TYPE: 060		SOURCE:	·	
	OPEN: 04/07/2004	.	NEW ACCO	UNT	·
			TRANSFER		ROLLOVER
			IAMOUNIE !	\$500.00	
		PARED BY: prie Gutiérrez	115-00-1-20 Fair-1-2-3	AUTHORIZATIO	ON SIGNATURE:
	WESTERNBANK TRUST DIVISION				, EDISCHARGINER
	ID 660-22-2562			<u> </u>	FDIGINSURED
Re	v. 05/2003	TAX RE	FURN	······································	
))	
Ozi	mulario ESTADO I IRDE ASOCIADO DE DUEDTO DIO			"INFORMATION DATE OF	WEODELSON BADA E
or <i>r</i>	mulario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - m 499R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE: . 05.03	PARTMENT OF THE T	REASURY	INFORMACION PARA EL 11 DEPARTAMENTO DE HACIENDA	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL
	COMPROBANTE DE RETENCION - W	VITHHOLDING STATE	MENT	DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	SOCIAL SECURITY INFORMATION
	1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.		8. Sueldos - Wages	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
	Apellido(s) - Surname(s)	4. Estado Civil - Civil S		24,280.00	0.00
	ORTIZ OCASIO	Soltero []	Casado	9. Comisiones - Commissions	18. Seguro Social Retenido
	Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	5. Núm. Seguro Social	Cónyuge	0.00	Social Security Tax Withheld 0.00
	PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	Spouse's Social Sec	curity No.	0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare
		6. Núm. de ident. Patro Employer's ident.		11. Propinas - Tips	Medicare Wages and Tips
	2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	7. Costo de Pensión o		0.00	24,280.00 20. Contrib. Medicare Retenida
	Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES	Cost of Pension or		12. Total=8+9+10+11 24,280.00	Medicare Tax Withheld 352.06
	DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE			13. Gastos Reembolsados	21. Propinas Seguro Social
	ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B pa		Reimbursed Expenses 0.00	Social Security Tips 0.00
		Copy B for	1	14. Cont. Retenida - Tax Withheld	22. Seguro Social no Retenido
	Número de Teléfono del Patrono	Employee's	s lax	1,066.76	en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
	Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones	-		Retirement Fund 2,095.32	0.00
	Operations Ceasing Date Número de Control - Control Number	Año: Year: 2	003	16. Aportaciones a Planes Cualific.	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
	06836734	Today	nat, T	Contributions to CODA PLANS	Medicare Tax on Tips

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/2	0 17:35:33 Desc:
PANILACON REQUESTARCHEQUES ELUCAR)	
FORMACORTA ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO: DE HACIENDA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS	
AÑO CONTRIBUTIVO 2003 O AÑO COMENZADO EL PL de	ANILLA: O ENMENDADA FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Sexo Número de Seguro Social Cónyuge Sexo M C F	Pago Pago
Fechade Nacimiento Contribuyente	
1727 P2 *********************************	
JRTIZ DCASID, LUIS A E C Fecha de Nacimiento Cónyuge	
O BOX 3078	
Cambio de Dirección	
Vombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Planilla 2004	
Español O Inglés	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	
Teléfono Oficina Código Postal 7/8/7/7/5/4/6/8//6	Correo Electrónico (E-Mail)
Encasillado 1	uis_O_Ocasio sooy@yahaa com
	UPACION: ntribuyente
b. Corporaciones Públicas ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? Corporaciones Públicas	
n, Empleado del Gobierno Federal	nyuge
d. C Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? i. Empleado de Empresa Privada ——	
Olas to	Sello de Recibido
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado	11912 SHOW
e. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado	And the state of t
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Otros ingresos exentos de contribución exentos	Action of the state of the stat
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) Retirado/Pensionado 3. Jefe de familia (No para casados) 4. Soltero	Annual menus OFFICEROPS 1 APR. 2001
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge)	ACCOUNTY OF THE PROPERTY OF TH
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familia (No para casados) 4. Soltero 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION	ACTION OF THE PARTY OF THE PART
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familia (No para casados) 4. Soltero 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2cW-2cPR o W-2,	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Propinas
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 3. Jefe de familia (No para casados) 4. Soltero 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 2 412 8 0 0 0 The supplication of the
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Otros ingresos exentos de contribución? f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado j. Retirado/Pensionado	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones Propinas
e. Cotros ingresos exentos de contribución? f. Cotal (Núm. de comprobantes con esta planilla) j. Retirado/Pensionado j. Ret	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Frobinas 2 4 2 8 0 0 0 Annual Contest of the Contest of t
e. Otros ingresos exentos de contribución? f. Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Total (Núm. de comprobantes con esta pianilla) Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Fropinas 2 Y 2 8 0 0 0 The second
e. ¿Otros ingresos exentos de contribución? f. ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIÓN (Formularios 499R-2/W-2/PR, 499R-2/W-2/PR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida Contribución Retenida 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 2 42800000000000000000000000000000000000
e. ¿Otros ingresos exentos de contribución? j. Retirado/Pensionado f. ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO: 1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de famillia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). A-Contribución Retenida A-Contribución Retenida 1. O 0 0 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Fropinas 2 Y 2 8 0 0 0 The second

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:

Exhibit Page 10 of 42

pario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 19R-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 1. Nombre - First Name	PARTMENT OF THE TREASURY WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	Social Security No. Casado Single Married	6. Sueldos - Wages 24,280.00 9. Comisiones - Commissions	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	0.00 10. Concesiones - Allowances	Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481 7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Propinas - Tips 0.00 12. Total=8+9+10+11 24,280.00	Medicare Wages and Tips 24,280.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Número de Teléfono del Patrono	Copia B para Planilla del Empleado Copy B for Employee's Tax	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00 14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1,066.76	352.06 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones Operations Ceasing Date Número de Control - Control Number 06836734 Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en conservation: Ten (10) years from the filing date in the Petura Pro-	Año: 2003 Year:	15. Fondo de Retiro Retirement Fund 2,095.32 16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	Social Security on Tips 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Formulario 1889: 1.705.04283-LTS POC#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/1	
2004 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2004	Número de Serie
PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUO	ļ S
Revisor P2 N D E A G AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL	PLANILLA: D ENMENDADA
01/01/2004 Y TERMINADO EL 31/12/2004	☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Número do Seguro O 1100	Sello de Pago
Numero de Seguro Social Conyuge Sexo	
Fecha de Nacimiento Contribuyente	
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno	
LUIS A ORTIZ OCASIO Día Mes Año	
Dirección Postal Fecha de Nacimiento del Cónyuge	
P.O. BOX	
3078 Dia Mes Año	
JUNCOS PR Código Postal 00777-6078 Cambio de Dirección: Sí X No	
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí". Nombre e Inicial del Cópyuge — Apellido Determo — Apellido Natura — Planilla 2005: X Español — Inglés	
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	
Dirección Residencial Complete (Inc.)	Número de Recibo:
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) 7 8 7 2 8 6 1 2 5 7	Importe:
tandara kanal tankanal tankan	
Teléfono Oficina:	Correo Electrónico (E-Mail)
Código Postal 787 403 5354	
Encasillado 1	
SI NO	
PUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION (Anote el Código):
b. X Corporaciones Públicas g. X Empleado del Gobierno, Municipio Corporaciones Públicas	s y Contribuyente MAESTRO
c. ☐ ☒ ¿Ingresos exentos de Loteria de Puerto Rico? h. ☐ Empleado del Gobierno Federal	
d W Ingresos de promise de jugados en Hinteleuro	Cónyuge
e. X ¿Otros ingresos exentos de contribución?	Sello de Recibido
f. SObligación de hacer pagos a ASUME?	John Control of Contro
	M = M + M + M + M + M + M + M + M + M +
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	The state of the s
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. X Jefe de familia (No para	for meaning of
casados)	
2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge) 4. Soltero	12 BANGER COMMENCE OF
(marque nomble y segure social del conjugge)	The first of the second of the
Encasillado 2	
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribucion	B-Sueldos, Comisiones,
SOBINISTRE LOS CORPROBANTES DE RETERCION	Tolicesiones y Propinas
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique).	1 0 0 1 9 1 0 5 0 0
, 7 5	3 0 0 1 6 3 3 4 0 0
Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01 2 2 1 8	4 0 0 3 5 4 3 9 0 0
Contribución	
2 Salarios del Cohierra Faderal Attanto	
	0 0 (02) , 0 0
Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	(03)
Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)	(10) 3 5 4 3 9 0 0

Case:17-0237883 TIBREASOCIABODEC# 1767882 COMMC	Note the magshed 2 of 42	Informa: , RA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIA SOCIAL SECURITY INFORMATION
I. Nombre-First Name	3. Nům. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 19105 - 50	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s)-Surname(s) ORTIZ OCASIO	4, Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones-Commissions	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones-Allowances	
P.O. BOX 3078 JUNCOS,PR 00777	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 66-0638902	11. Propinas-Tips	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address AFT PUERTO RICO	7. Costo de Pension o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total = 8+9+10+11 19105.50	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
PO BOX 361140 SAN JUAN PR 00936	Copia C para Récords del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 457.24	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
umero de Teléfono del Patrono mployer's Telephone Number (787) 622-3958 echa Cese de Operaciones esase of Operations Date	Copy C for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 1431 - 67 15. Fondo de Retiro Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido en Propinas-Uncollected Social Security Tax on Tips
Linein Control	Año: 2004 Year: 2004	1350 . 00 16. Aportaciones a Planes Cuatific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib, Medicare no Retenida en Propinas-Uncollected Medicare Tax on Tips
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on ba	ack of Copy B 04/5-8/	200/000	
	04/5-6/	7 2007000	1079 Produced by A
io & ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMI DR-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTI 04 COMPROBANTE DE RETENCION - WITHI	MENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY

io & ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO PR-2W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DI 04 COMPROBANTE DE RETENCION -	EPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	8. Sueldos - Wages 16,334.46	17, Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Single Married	9. Comisiones - Commissions 0.00	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Direction Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	5. Núm. Seguro Social Cónyuge Spouse's Social Security No.	10. Concesiones - Allowances 0 • 0 0	0.00
	6. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN) 660433481	11. Propinas - Tips	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 16,334.46
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS	7. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	12. Total=8+9+10+11 16,334.46	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 236.85
AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord del Empleado	13. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
	Copy C for Employee's Records	14. Cont. Retenida - Tax Withheld 753.22	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number		15. Fondo de Retiro Retirement Fund	
Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Año: OOOA	1,380.17	0.00
Número de Control - Control Number 39198942	- Year: 2004	16. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/1	16/20 17:35:33 Desc:
50 RWA CORTA 2005 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 2005	Número de Serie
Liquida R M V1 V2 P1 PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUO:	8
Revisor P2 N D E A G AÑO CONTRIBUTIVO 2004 O AÑO COMENZADO EL	PLANIELA: LI ENMENDADA
01/01/2005 Y TERMINADO EL 31/12/2005	☐ FALLECIDO DURANTE EL AÑO
Número de Seguro Social Número de Seguro Social Cónyuge Sexo	Sello de Pago
Nombre Inicial Apellido Paterno Apellido Materno	STATE OF THE HADDING OF PURITE RICE
LUIS ORTIZ OCASIO Día Mes Año	
Dirección Postal Fecha de Nacimiento del Cónyuga	55 B G A 5 5 7 1
P.O. BOX 3078 Dia Mes Año	2 12 W.M. 1
JUNCOS PR Código Postal 00777 Cambio de Dirección: Sí 🗓 No	To the second second
"Coloque la etiqueta engomada (Label) aqui". Nambro e Inicial del Cépura — Acultide Determina à unit a trait. Planilla 2005: ☒ Español ☐ Inglés	SECTION
Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Patemo Apellido Materno	A STATE OF THE PARTY OF THE PAR
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle)	Número de Recibo:
7 8 7 2 8 6 1 2 5 7	Importe:
Teléfono Oficina:	Correo Electrónico (E-Mail)
Código Postal 7 8 7 4 0 3 5 3 5 4	
Encasillado 1	
SI NO FUENTE DE MAYOR INGRESO:	OCUPACION (Anote el Código):
a. X Cludadano de Estados Unidos?	
b. X Corporaciones Públicas c. X Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? h. Empleado del Gobierno Federal	
	Cónyuge
e. 🗆 [X] ¿Otros ingresos exentos de contribución?	Sello de Recibido
j. Retirado/Pensionado f. S ¿Obligación de hacer pagos a ASUME?	The state of the s
<u>.</u>	Asocisdo de Alego
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR SU AÑO CONTRIBUTIVO:	The second of th
1. Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta 3. 🗓 Jefe de familia (No para	3 10 m 2000 E
casados) 2. Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia)	
(Indique nombre y seguro social del cónyuge)	2
Encasillado 2	. स्ट क्रिक
1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION A-Contribucio	on Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
(Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2,	
según aplique).	5 00 6 608 00
Total (Núm. de comprobantes con esta planilla) 01 2 1, 7 9	2 0 0 3 1 9 2 5 0 0
2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) Contribución (01)	
3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)	
4. Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y 3)	(03)
 muresu pruro alustano (suma de las lineas 18, 28 y 3) 	(10) 3 1 9 2 5 0 0

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:

Exhibit Page 14 of 42

COMPROBANTE DE RETENCION -	EPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 25317.37	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages O . 00
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Estado Civil - Civil Status Soltero Casado Sinole Married	8. Comisiones - Commissions 0 . 0 0 9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	5. Núm. de Ident. Patronal	0.00	0.00
JUNCOS, PR 00777	Employer's ident. No. (EIN) 660433481	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 25315.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Total=7+8+9+10 25317.37	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE	0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 00	3 67 . 07 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1317.38	0.00
Número da Teléfono del Patrono	Copy C for Employee's Records	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 2188.44	en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Employer's Telephone Number Fecha de Cese de Operaciones Cease of Operations Date	Año: 2005	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Número de Control - Control Number 50622194	Year:	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salarias under Act No. 324 of 2004 O . 0 0	Medicare Tax on Tips 0.00

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMEN COMPROBANTE DE RETENCION - WITH	IT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	Información para el seguro social Social segurity information
1. Nombre - First Name LUIS A. Apellido(s) - Surname(s)	Núm, Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 6608.00 8. Comisiones - Commissions	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
ORTIZ OCASIO	Estado Civil - Civil Status Soltero	g. Concesiones - Allowances	18, Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address P.O. BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	Single Married		19, Total Sueldos y Pro, Medicare
	5. Núm. de Ident, Patronal Employer Ident, No. (EIN) 66-0638902	10, Propinas - Tips	Medicare Wages and Tips
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 6608 • 00	20. Contrib, Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
AFT PUERTO RICO PO BOX 361140		12, Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	21, Propinas Seguro Social
SAN JUAN PR 00936	Copia C para Récords	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 475.00	Social Security Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 622-3958 Fecha Cese de Operaciones Cease of Operations Date	del Empleado Copy C for Employee's Records	14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 270 - 00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number	A60:	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	23. Contrib. Medicare no Retenida
ADP 34271645	Year: 2005	16, Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 de 2004	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips

· ·	12382-1 Filed:03/16/20 Entered:	:03/16/20 17:35:33 Desc:
Formulario 481 - Rev. 09.06	PLANILLA CONCHEQUE (FAVORDE LA DOLLE CHECKETAL CONTINUE DE LA DOLLE CHECKETAL CH	
F@RIVA @ 0 RTV 2 2006	ESTADO MERE COMPO DE PUERTO RICO DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVID	Número de Serie
N G V) VZ P1 BEAUE	DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIR	อันคร
Havisor P2 N D E A M	AÑO CONTRIBUTIVO 2006 O AÑO COMENZADO EL	
Nigora de S	ne de Ovyterminadoel 31 de bre de l	PLANILLA ENMENDADA
Número de Seguro Social del Contribuyente	Número de Seguro Social Cónyuge	Dia Mes año
		Sello de Pago
	Sexo: € M CCC F	
	echa de Nacimiento Contribuyer	nte
154045	Diat. Mes Año	
154015 S830 P2 ***********5-DIGIT 0077	77 recha de Nacimiento Cónyuge	
PO BOX 3078		
· ·	Día Mes Año	
remine a minute del congago ripolido i atomo	Cambio de Dirección: COSI (C	
Virgorián Popidowsky O	Planilla 2007: Español Carrier	Inglés
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Núi	mero, Calle) Teléfono Residencia	Número de Recibo:
Código Postal	Teléfono del Trabajo	Importe:
T 1 Toodigo Postar		Correo Electrónico (E-Mail) /,
SI NO	FUENTE DE MAYOR INGRESO:	
a. Cliudadano de Estados Unidos?	0. Empleado del Gobierno Municipa	OCUPACION (Anote el Código): Contribuyente
¿Residente de Puerto Rico al finalizar el	año? o Corporaciones Públicas	
¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto	Rico? h Empleado del Gohierno Federal	Cónyuge
Cingresos de premios de Jugadas en Hip	ódromo? i Empleado de Empresa Privada	
Corros máresos exentos de coutubricion.		Estase Libro Asselpto De Puerto Mica
¿Obligación de hacer pagos a ASUME?	<u> </u>	desantamento de Hacienda
ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTR	RIBUTIVO:	- 25 50 50 1 50 1 50 40 2
Casado que vivía con su cónyuge y rinde plani	illa conjunta 3. Jefe de familia	77 152. 2007 731
Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe d (Indique nombre y seguro social del cónyuge a	eriha)	CO OLINILIA SIA PAGO DI
	4. co. Soltero	amount of the block the way
STORENCE VALUE		CECRETARIO DE MICHE CONTROL CO
Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCIO	A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
(Connulation 499H-2/W-2PH, 499R-2c/W-2cPR o W-2	1,604	
según aplique).	,656.	19,322.
		13,127.
	9	9 . ** - 0
The Annual Control of the Control of	and the growing state of the st	, the state of the
Total de comprobantes con esta planilla01	and the second of the second o	32,449
Salarine dal Cahiarra Partamento	A-Contribución Retenido	B-Salarios Federales
Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)	· ,	(ne)
Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H India	viduo, Parte II, Iínea 12)	g .
Ingreso Bruto Ajustado (Suma de las líneas 1B, 2B y	3)	,
, as the initial 15, 20 y	<u> </u>	(10) 32,449.7 ·

PR 2W-2 PR DEPARTAMENTO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPROBANTE DE RETENCION - W	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA E SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION		
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 13127 . 14	17. Total Sueldos Seguro So Social Security Wages 0.		
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronel Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions . 0.00 .	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax With		
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances O . 0 0	0.		
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que.comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Me Medicare Wages and Ti 13127		
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Dia Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10 13127.14	20. Contrib. Medicare Reter Medicare Tax Withheld		
L8003834363 I FLORES DEPT DE EDUCACION-MAESTROS AVENIDA TENIENTE CESAR GONZALE	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0.00	190. 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips		
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 656.75	0.		
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1121.23	22. Seguro Social no Retent en Propinas - Uncollecte Social Security on Tips		
Fecha de Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor	Año: 2006	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0 . 23. Contrib. Medicare no Re		
Número de Control - Control Number 22996108	Year: 2000	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0	en Propinas - Uncollect Medicare Tax on Tips 0 .		

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

PROPERTY OF THE PROPERTY OF T	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre - First Name	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 19322.50	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0 . 00	
Apellido(s)- Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident, Patronal Employer's Ident, No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions 0 • 0 0	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld	
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances 0 . 00	0.00	
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension Dia Mes Año	10. Propinas - Tipe 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips 19322.50	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	Day Month Yeor 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10 19322.50	20. Contrib, Medicare Retenio Medicare Tax Withheld	
	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	280 . 18 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips	
HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1604 . 63	0.00	
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 1649.09	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips	
Fecha de Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor	Año: 2006	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0 . 0 0 23. Contrib. Medicare no Reten	
Número de Control - Control Number 23029365	Year: 4000	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0 . 0 0	

Conservación: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Pianilla. Conservation: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda



Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Formulario 481 Rev. 10.07 PLANILLACONCHEQUE(FAVORDEFLIARCHEQUEENESTELUGAR) HE TO BUILD IN THE STREET ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO Numero de Serie DEPARTAMENTO DE HACIENDA Liquidador PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS Revisor AÑO CONTRIBUTIVO 2007 O AÑO COMENZADO EL PLANILLA ENMENDADA y terminado el CD FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Número de Seguro Social del Contribuyente Número de Seguro Social Cónyuge Sexo:

M

F Fecha de Nacimiento Contribuyente 279836 S3150 P2 *******AUTO**5-DIGIT 00777 ORTIZ OCASIO.LUIS A PO BOX 3078 Dia JUNCOS PR 00777-6078 Fecha de Nacimiento Cónyuge CE Año Nombre e Inicial del Cónyuge Cambio de Dirección: Sí No Apellido Paterno Myomuv wassing Planilla 2008: Español Inglés Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Teléfono del Trabajo Código Postal Correo Electrônico (E-Mail) Encasillado 1 NO FUENTE DE MAYOR INGRESO: OCUPACION (Anote el Código): ¿Ciudadano de Estados Unidos? Contribuyente Empleado del Gobierno, Municipios ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? o Corporaciones Públicas ¿Ingresos exentos de Loteria de Puerto Rico? Cônyuge h. 🕽 Empleado del Gobierno Federal ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? Empleado de Empresa Privada ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j. Sello de Recibido Retirado/Pensionado 300 Lib.+ ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? depart preside de Backerda ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 2013100 (...) (...) Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta Jefe de familia (No para casados) Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) Ċ (Indique nombre y seguro social del conyuge arriba) Soltero Encasillado 2 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2. según aplique). 0 0 e Total de comprobantes con esta planilla A-Contribución Retenida B-Salarios Federales 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones)(01) 3. Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, línea 12)

ario ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO 998-2/W-2 PR DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE 6.07 COMPROBANTE DE RETENCION - V	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 37360.00	17. Total Sueldos Seguro Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions 0.00	0 . 0 0
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances	Social Security Tax Withheli
JUNCOS, PR 00777	Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	0.00 10. Propinas - Tips 0.00	19. Total Sueldos y Pro. Medica Medicare Wages and Tips 37360.00
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address L8101321014 SU M PALMA	Dio Mes Año Day Month Year 6. Costo de Pensión o Anualidad	11. Total=7+8+9+10	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	Cost of Pension or Annuity 0.00	12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses 0 . 0 0	541.72 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
HATO REY, PR 00919	Copia B para Planilla del Empleado	13. Cont. Retenide - Tax Withheld 2908.74	0.00
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	Copy B for Employee's Tax Return	14. Fondo de Retiro Retirement Fund 3002.52	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security on Tips
Fecha de Cesa de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy Month Yeor Número de Control - Control Number	Año: 2007	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	0 . 0 C 23. Contrib. Medicare no Reten
45514826	rear: 400 1	16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Salaries under Act No. 324 of 2004 0 . 0 0	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Conservacion: Diez (10) años a partir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planilla Retention: Ten (10) years from the filing date in the Return Processing Bureau

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Exhibit Page 20 of 42 ESTADO LIBREASOCIADO DE FUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO Form 499R-2/W-2PR INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL Rev. 08.07 SOCIAL SECURITY INFORMATION COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT 090700 DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 1. Nombre - First Name 3. Núm. Seguro Social 7. Sueldos - Wages 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security No. Social Security Wages LUIS 2250.04 2250.04 Apellido(s) - Surname(s) 8. Comisiones - Commissions 18. Seguro Social Retenido 4 . Núm. de ident. Patronai ORTIZ Employer Ident. No. (EIN) Social Security Tax Withheld Dirección Postal del Empleado - Employee's Malling Address 66-0201206 9. Concesiones - Allowances 139.50 LUIS ORTIZ Fecha en que comenzó a recibir 19. Total Sueldos y Pro. Medicare PO BOX 3078 la pensión - Date on which you 10. Propinas - Tips started to receive the pension Medicare Wages and Tips Día Mes Año JUNCOS PR 00777 2250.04 Day Month 11. Total = 7 + 8 + 9 + 106. Costo de Pensión o Anualidad 20. Contrib. Medicare Retenida 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Cost of Pension or Annuity 2250.04 Medicare Tax Withheld Employer's Name and Mailing Address SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G. MENDEZ 12. Gastos Reembolsados 32.63 Reimbursed Expenses PO BOX 21345 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 13. Cont. Retenida - Tax Withheld SAN JUAN PR 00928-1345 Copia B para Planilla Número de Teléfono del Patrono 115.58 del Empleado (787) 751-0178 Employer's Telephone Number 14. Fondo de Retiro - Retirement Fund 22. Seguro Social no Retenido Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Copy B for Employee's en Propinas - Uncollected Año Cease of Operations Date: Social Security Tax on Tips Day Month Year Tax Return Número Control - Control Number 15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 23. Contrib. Medicare no Retenida 45758140 Año: 2007 en Propinas - Uncollected Year: 16. Salarios bajo Ley Núm. 324 de 2004 Medicare Tax on Tips Salaries under Act No. 324 of 2004 Instrucciones al dorso - Instructions on back

INSTRUCCIONES DEBERA SOMETER ESTA COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

1041 TO0400

PRSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prsoft.com

Viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos;

Conservación: Diez (10) años a pantir de la fecha de radicación en el Negociado de Procesamiento de Planillas. Retention: Ten (10) years from the tiling date in the Returns Processing Bureau.

todo individuo soltero (o casado, pero que no vivía con su cónyuge), que durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto de más de \$3,300; todo individuo casado que vivía con su cónyuge y que durante el año contributivo tuviere individual o conjuntamente con éste un ingreso bruto de más de \$6,000.

PENALIDAD - El Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 1994, según enmendado (Código), dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítulo del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe dentro del término o términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de reclusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítulo correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, incurrirá en un delito grave de tercer grado, y en caso de convicción, será sancionada con pena de reclusión la cual fluctuará entre tres años un día y ocho años. El Tribunal a su discreción podrá imponer la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga la Copia C de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le completen un Formulario 499R-2c/W-2cPR.

INSTRUCTIONS THIS COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Income tax returns must be filed by:

- every individual single (or married, one who does not live with his/her spouse), who during the taxable year had a gross income of more than \$3,300; every married individual who lives with his/her spouse, who during the taxable year individually or jointly, had a gross income of more than \$6,000.

PENALTY -- The Puerto Rico Internal Revenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: Every person liable under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification PENALTY — The Puerto Hice Internal Hevenue Code of 1994, as amended (Code), provides the following: every person habit under any submitted of the Code, shall be guilty fails to file such return, statement, certification or report within the term or terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a misdemeanor, and upon conviction thereof, punished by a line of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than 90 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations), with the intention to evade or deteat any tax imposed by the Code, in addition to other penalties provided by the Code, shall be guilty of a third degree felony, and upon conviction thereof, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000 or hoth canadian the costs of prosecution. of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep Copy C of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits, if your name, address or social security number is incorrect, tell your employer to prepare a Form 499R-2c/W-2cPR.

Exhibit Page 21 of 42 Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo 🕶 PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR) rmulario 481 FORMA CORTA Número de Seria ESTADE LIBREASOCIADO DE PUERTO RIGO 2009 2009 Liquidador R. C. I. (2) Pt DEPARTAMENTO DE HACIENDA PLANILLA ENMENDADA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBREINGRESOS DE INDIVIDUOS FALLECIDO DURANTE EL AÑO: NID1D2 E Revisor AÑO CONTRIBUTIVO 2009 O AÑO COMENZADO EL Día Mes Año Selo de Pego . y terminado el -Número de Seguro Social del Contribuyente Número de Seguro Social Cónyuge |-| | |-| | | | Nombre del Contribuyente Inicial Apellido Paterno Apellido Materno Sexo: X M Fecha de Nacimiento Contribuyente LUIS ORTIZ OCASIO Dirección Postal Día Mes URB PARAISO DE COAMO 615 Fecha de Nacimiento Cónyuge COAMO PR Código Postal 00769 Día Mes Cambio de Dirección: Sí X No "Coloque la etiqueta engomada (Label) aquí" Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno Planilla 2010: X Español Teléfono Residencia Numero de Reciba 787 - 403 - 5354 Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) Teléfono del Trabajo Correo Electrónico (E-Mail) Encasillado 1 **FUENTE DE MAYOR INGRESO:** OCUPACION (Anote el Código): X ¿Ciudadano de Estados Unidos? g. X Empleado del Gobierno, Muni-Contribuyente X cipios o Corporaciones Públicas b ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? DIRECTOR ESCOL 8110 X ¿Ingresos exentos de Lotería de Puerto Rico? C. h. Empleado del Gobierno Federal X d. ¿Ingresos de premios de jugadas en Hipódromo? Empleado de Empresa Privada X ¿Otros ingresos exentos de contribución? (Someta Anejo) j. Retirado/Pensionado Sello de Recibido ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? STEC (COLL) ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: 2910 PA. 1 Casado que vivía con su cónyuge y rinde planilla conjunta Jefe de familia (No para casados) Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) Soltero Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo. Encasillado 2 A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas Sueldos, Comísiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION 7 5 9 0 9 3 0 0 0 (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, 7 2 2 1 según aplique). 0 3 0 0 0 0 0 0 0 4 . 4 Total de comprobantes con esta planilla A- Contribución Retenida B-Salarios Federales Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) (02)Ingresos de Anualidades y Pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, Ilnea 12) Período de Conservación: Diez (10) años

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc: Exhibit Page 22 of 42

ormulario com 499R-2/W-2PR dev. 07.09 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPOSICIONADO DE POERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE	PARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
O 9 0 9 0 0 COMPROBANTE DE RETENCION - 1. Nombre - First Name		DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	
LUIS	Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 9937.52	17.Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)		8. Comisiones - Commissions	9937.52
ORTIZ	4 . Núm, de Ident, Patronal Employer Ident, No. (EIN)		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address	66-0201206	9. Concesiones - Allowances	040.40
LUIS ORTIZ	5. Fecha en que comenzó a recibir		616.13
PO BOX 3078	la pensión - Date on which you started to receive the pension	10. Propinas - Tips	19. Total Sueldos y Pro, Medicare Medicare Wages and Tips
JUNCOS PR 00777	Dia Mes Año Day Month Year	M. Table W. O. o. do	9937.52
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	11. Total = 7 + 8 + 9 + 10 9937.52	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
SISTEMA UNIVERSITARIO ANA G MENDEZ Apartado 21345		12. Gastos Reembolsados Reimbursed Expenses	144.09
Apartado 2 1040			21. Propinas Seguro Social
San Juan PR 00928-1345	Copia C para Récords	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	Social Security Tips
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 751-0178	del Empleado	759.52	
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Copy C for Employee's Records	14. Fondo de Retiro - Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number		15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	
01771316	Año: 2009	16. Salarios bajo Ley Núm, 324 de 2004	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Instrucciones al dorso Copia B - Instructions on	back of Copy B	Salaries under Act No. 324 of 2004	Medicare Tax on Tips

RSoft, Inc. • (787) 622-7550 • www.prsoft.com

Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario Formulario DEPARTAMENTO DE PUERTO RI DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name	N - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
LUIS	Núm. Sequro Social. Social Security No.	7. Sueldos - Wages	INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)		47212.80	,
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer's Ident. No. (EIN.)	8. Comisiones - Commissions	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	660433481		18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078		9. Concesiones - Allowances	Toolas decenty Tax withheld
	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to	0.00	409.20
JUNCOS, PR 00777	Dio Mes Año	10. Propinas - Tips 0 . 0 0	19. Total Sueldos y Pro. Medicar Medicare Wages and Tips
Nombre y Dirección Postal del Patrono	WORIN 160	11. Total=7+8+9+10	47212.80
comployer's Name and Mailing Address	Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity	47212.80	20. Contrib. Medicare Retenida
L8101321014 SU M PALMA	on on Annuity	12. Gastos Reembolsados	Medicare Tax Withheld
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ	0.00	Reimbursed Expenses	684.59
ESQUINA CALAF		0.00	! .
HATO REY, PR 00919	Copia C para Récord	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
	del Empleado	4023.26	0.00
mero de Teléfono del Patrono	Copy C for Employee's	14. Fondo de Retiro Retirement Fund	22. Seguro Social no Retenido
mployer's Telephone Number cha de Cese de Operaciones: Dig. Mos	Records	3407.52	en Propinas - Uncollected
Cease of Operations Date: Dov Miss Ano		15. Aportaciones a Planes Cualific.	Social Security on Tips
mero de Control - Control Number	Año:	Contributions to CODA PLANS	0.00
004217903	Year: 2009	0 . 0 0 16. Salarios bajo Ley Núm, 324 de 2004 Salaries under Act No, 324 of 2004	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
		0.00	Medicare Tax on Tips 0.00

Reproducido por: Departamento de Hacienda

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Page 24 of 42 Ennegrezca Completamente los Ovalos. Ejemplo 🗰 Formulario .481 Rev. 11.10 PLANILLA CONCHEQUE (FAVOR DEFLIAR CHEQUEEN ESTELLIGAR) 2010 2010 Light Street 1:1.; Tirry, AÑO CONTRIBUTIVO 2010 O AÑO COMENZADO EL WINDOW E A D THE AMELIA LINE TRANSPORT de 2010 y terminadoel 31 de diciembre de 2010 PALEGO ALBART CO. Miniero de Scalico Anglet del Gentetrogratio Hê nere de Segaro Social Conyuge Maria Paul Sexo: X M Eccharde Naciolic nio Contribuyente 2. 相关: Abble Apsilido Palerno Apellido Jeatamo LUIS ORTIZ OCASIO ion Juga Pog<mark>ial</mark> Fochade Naomiente Cóm type PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ Coamo, PR 00769 Cócigo Postal brapositado "Crisque la «lissem angomada filan<mark>el) aqui</mark>n. C. Contribuyente Conyuge 's probre a leuriel del Conyaga Apellid: Materno Cambio de Dirección: 🗸 🚉 🗓 🗶 ১೬৬ 🖟 Planfila 2011: X expañol . . . ingrês a implets (Perrio o Urbanización, Número, Celle), . . . Teléfono Posidenoia PARAISO DE COAMO 0 3 5 3 615 CALLE PAZ Coamo, PS Telétoro del Trabajo 00769 Complete Programme ! Código Postal LUISORTIZOCASIO@YAHOO.COM SI HO FIJENTE DE MAYOR INGRESO: OCUPACION (Anote el Código). Contribuyente Х ¿Ciudadano de Estados Unidos? * X Empleado del Gobierno, Municipios Х Administrador de Escuela ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? o Corporaciones Públicas Cônyuge ¿Obligación de hacer pagos a ASUME? χ. Empleado del Gobierno Federal رين يا بالكانية بالك Empleado de Empresa Privada Salle og Deelfiste Indique total \$ Retirado/Pensionado ESTADO FURSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: Mar 21 2011 8:27PM Jefe de familia (No para casados) Casado que vivía con su conyuge y rinde planilla conjunta Casado que no vivía con su cónyuge (No jefe de familia) (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) 4. Soltero Ennegrezca aquí si se acoge al cómputo opcional de la contribución en el caso de personas casadas que viven juntas, rinden planilla conjunta y que ambos trabajen. No complete los Encasillados 2 y 3, y pase al Anejo CO Individuo, A-Contribución Retenida B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas 1. Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas SUMINISTRE LOS COMPROBANTES DE RETENCION (Formularios 499R-2/W-2PR, 499R-2c/W-2cPR o W-2, según aplique). Total de comprobantes con esta planilla n-Contribucion Retenida Godern L. Charle 2. Salarios del Gobierno Federal (Véanse instrucciones) (01) NUMERO DE CONFIRMACION: 032120110807F2DFC41656539 Conservación: Diez (10) años Reproducido por CEGsoft

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc: Exhibit Page 25 of 42

Anejo I Individuo

2010

Normbre			Año contributivo comenzado el 1 de enero de 2010 y terminado el 31 de diciemb			e 201				
1. Comdas yentretenimiento A Total de gastos incumidos o pagados			· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	1.11\io	o de	Segu	:: %	No. 7		
1. Comutas y entrotenimiento A. Total de gastos incurridos o pagados	Non						M. S. C.			- Carrier Control
A Total de gastos incurridos o pagados	1.			re green	d Kallakes	فاحتاءة وإ وابساح	tor frye.	*:Y 419*.	. 63	i të na m
B. Reembolso de gastos (comidas y entretenimiento)										
C Diferencia (Si la linea 1B excede la linea 1A, refiérase al Anejo I individuo de la Forma Larga)				(02)		7		•	
D. Diferencia (Sita linea 1A excede la linea 1B, anote el exceso aquit (60) E. Anote el 50% de la linea 1D (Véanse instrucciones) (60) 2. Otres gastos A. Costo y mantenimiento de uniformes (19) B. Quotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionaire (13) D. Compra de materiales didácticos por educadores (13) D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio (14) E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio (16) F. Depreciación (Parte II de este Anejo) (18) G. Otros gastos de la profesión u oficio (16) H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aqui) (18) J. Diferencia (Si la cantidad en la linea 2 I excede la cantidac de la linea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (20) K. Si la linea 2H excede la cantidad en la linea 2 I, anote el exceso en esta linea (24) S. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume lineas 1E y 2K. Anote is cantidad en esta linea) (3) Total gastos ordinarios y necesarios (Sume lineas 1E y 2K. Anote is cantidad en esta linea) (3) S. Sal-rios Gobierno Federal (Encasiliado 2, linea 2B de la Forma Corta o linea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (30) E. Sal-rios Gobierno Federal (Encasiliado 2, linea 2B de la Forma Corta o linea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (30) B. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aqui y en el Encasillado 3, linea 6E de la Forma Corta o linea 2E, Columna 8 o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, lamenor de las siculentes candidades: linea 3 linea 2 inea 2 habeta				(03)					
E. Anote el 50% de la línea 1D (Véanse instrucciones)		_	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	(04)		,		•	
2. Otros gastos A. Costo y mantenimiento de uniformes		D.	+4).				п		•	
A. Costo y mantenimiento de uniformes		E.	Anote el 50% de la línea 1D (Véanse instrucciones)	(06))		5			
B. Duotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionáres (12) 4 4 4 C. Compra de materiales didácticos por educadores (13) D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio (14) E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio (15) F. Depreciación (Parte II de este Anejo) (15) G. Otros gastos de la profesión u oficio (17) 1 0 6 0 H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí) (17) 1 0 6 0 J. Diferencia (Si la cantidad en la linea 2 I excede la cantidad de la linea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (18) K. Si la linea 2H excede la cantidad en la linea 2 I, anote el exceso en esta línea (18) S. Ceiclos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, linea i 3 de la Forma Corta o linea 18 o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (18) S. Seicrios Gobierno Federal (Encasillado 2, linea 2B de la Forma Corta o linea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (18) E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficio (18) I. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume lineas 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (18) E. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, linea 6E de la Forma Corta o linea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: linea 3 linea 7 o pasto	2.	Olm	egastos							
C. Compra de materiales didácticos por educadores		A.	Costo y mantenimiento de uniformes(11)							
D. Compra de libros técnicos propios de la profesión u oficio		В.	Duotas de uniones, colegiaciones y asociaciones profesionales (12) 4 4 4	٠						
E. Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficic		C.	Compra de materiales didácticos por educadores(13)							
F. Depreciación (Parte II de este Anejo) (16) G. Otros gastos de la profesión u oficio (17) 1 0 6 0 H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí) (19) 1 5 0 4 I. Reembolso de otros gastos (Sume linea 2 l excede la cantidac de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (20) K. Gi la línea 2H excede la cantidad en la línea 2 l, anote el exceso en esta línea (20) 1 5 0 4 3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1E y 2K. Anote la cantidad en esta línea) (31) 1 5 0 4 4. Streidos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 19 de la Forma Corta o línea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 1 7 1 2 5. Seiarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Corta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 1 7 1 2 8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o línea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siquientes cantidades: línea 3 línea 7 o pasto		D.	Compra de libros técnicos propíos de la profesión u oficio							
F. Depreciación (Parte II de este Anejo) (16) G. Otros gastos de la profesión u oficio (17) 1 0 6 0 H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí) (19) 1 5 0 4 I. Reembolso de otros gastos (Sume linea 2 l excede la cantidac de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (20) K. Gi la línea 2H excede la cantidad en la línea 2 l, anote el exceso en esta línea (20) 1 5 0 4 3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1E y 2K. Anote la cantidad en esta línea) (31) 1 5 0 4 4. Streidos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 19 de la Forma Corta o línea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 1 7 1 2 5. Seiarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Corta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 1 7 1 2 8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o línea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siquientes cantidades: línea 3 línea 7 o pasto		E,	Gastos de educación y mejoramiento de la profesión u oficic							
G. Otros gastos de la profesión u oficio (17) 1 0 6 0 H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí) (18) 1 5 0 4 I. Reembolso de otros gastos (Sume linea 2 I excede la cantidac de la linea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga) (20) K. Gi la linea 2H excede la cantidad en la linea 2 I, anote el exceso en esta línea (30) 1 5 0 4 3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume lineas 1E y 2K. Anote ia cantidad en esta línea) (30) 1 5 0 4 4. Steidos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 19 de la Forma Corta o línea 1B o 1C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 4 2 8 1 7 5. Saiarios Gobierno Federal (Encasillado 2, línea 2B de la Forma Corta o línea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO Individuo) (33) 4 2 8 1 7 7. Multiplique la línea 6 por 4% y anote aquí		F.,	'							
H. Total otros gastos (Sume lineas 2A a la 2G. Anote el total aquí)		G.	• •							
I. Reembolso de otros gastos		Н.		/4D\		1	5	n	4	
J. Diferencia (Si la cantidad en la línea 2 l excede la cantidad de la línea 2H, refiérase al Anejo I Individuo de la Forma Larga)		I.				. 4		Ū		
K. Si la linea 2H excede la cantidad en la linea 2 I, anote el exceso en esta línea		1	···	(19)		3				
3. Total gastos ordinarios y necesarios (Sume Ilneas 1E y 2K. Anote la cantidad en esta línea)		0.	de la Forma Larga)	(20)						
4. Streidos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 18 de la Forma Corta o línea 18 o 1C, según aplique, del Priejo CO Individuo)		K.	Gi la linea 2H excede la cantidad en la linea 2 I, anote el exceso en esta línea	(30)		1.	5	ŋ	4	
4. Streidos, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 18 de la Forma Corta o línea 18 o 1C, según aplique, del Priejo CO Individuo)	3.	Toia	gastos ordinarios y necesarios (Sume líneas 1E y 2K. Anote ia cantidad en esta línea)	(31)		1	5	.ô	4	
6. Total salarios (Sume línea 4y 5) (33) 6. Total salarios (Sume línea 6 por 4% y anote aquí (35) 7. Multiplique la línea 6 por 4% y anote aquí (35) 8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o línea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 7 o basta		Stei	os, Comisiones, Concesiones y Propinas (Encasillado 2, línea 19 de la Forma Corta o línea 18 o 10, según aplique			•				
6. Tc ial salarios (Sume líneas 4 y 5)		del ^p	nejo CO Individuo)	(32)	4	2 ,	8	?	7	• •
6. Tc ici salarios (Sume líneas 4 y 5)	5.	Sain Indiv	rios Gobierno Federal (Encasillado 2, linea 2B de la Forma Guta o linea 2B o 2C, según aplique, del Anejo CO	IAN.						
7. Multiplique la línea 6 por 4% y anote aquí			h		4	,		a		
8. Deducción por gastos ordinarios y necesarios (Anote aquí y en el Encasillado 3, línea 6E de la Forma Corta o linea 6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, o basta			•	.(34)	7	4	<u> </u>	1	·/.	
6E, Columna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, o basta						1	7	1	2	
		6E, (olumna B o C, según aplique, del Anejo CO Individuo, la menor de las siguientes cantidades: línea 3, línea 7, o basta							
el limite de \$1,500 (\$750 sì se acoge al cómputo opcional de la contribución))		ellim	ite de \$1,500 (\$750 si se acoge al cómputo opcional de la contribución))	(40)	D^	1 od::-'	5	•	-	

MODELO SC 6088 REV.15 OCT 04 OA 04-18 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA AREA DE RENTAS INTERNAS

CERTIFICACION DE RADICACION DE PLANILLAS DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS

NUM.CUENTA : URB PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ COAMO PR 00769-9324 ÎQC1ZCWK ORTIZ OCASIO LUIS A

PERIODO CONTRIBUTI	vo	INFORMACION SEGUN	SISTEMA
2012	RINDIO PLANILLA		
2011	RINDIO PLANILLA		
2010	RINDIO PLANILLA		
2009	RINDIO PLANILLA	~ · · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
2008	RINDIO PLANILLA		

INFORMACION AL CONTRIBUYENTE

DE NO ESTAR DE ACUERDO CON LA INFORMACION CONTENIDA EN ESTA CERTIFICACION DEBERA PRESENTAR SU RECLAMACION CON LA EVIDENCIA DE RADICACION EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIOS AL CONTRIBUYENTE.

DE NO ESTAR OBLIGADO POR LA LEY A RENDIR UNA PLANILLA (APLICA SOLO A INDIVIDUOS) DEBERA LLENAR EL MODELO SC 2781, CERTIFICACION DE RAZONES POR LAS CUALES EL CONTRIBUYENTE NO ESTA OBLIGADO POR LEY A RENDIR UNA PLANILLA DE CONTRIBUCION SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS, EN CUALQUIERA DE LOS CENTROS DE SERVICIO AL CONTRIBUYENTE (CENTROS) Y PRESENTAR LA EVIDENCIA SOLICITADA.

PARA LA UBICACION DE LOS CENTROS, PUEDE COMUNICARSE A LOS SIGUIENTES TELEFONOS:

SAN JUAN (787) 723-5556 / 1-877-684-3422 - CAGUAS (787) 258-5272 / (787) 745-0666 PONCE (787) 844-8800 - MAYAGUEZ (787) 265-5200

BAYAMON (787) 778-4949 / (787) 778-4973 / (787) 778-4974

AŚBÉL X. RIVERA LOZADA – (ARL4917)

16-Dic-2013 01:05 PM

SECRETARIO AUXILIAR DE RENTAS INTERNAS O SU REPRESENTANTE AUTORIZADO FECHA Y HORA DE EMISION SELLO DE RENTAS INTERNAS Y
SELLO OFICIAL

ADVERTENCIA

ESTA CERTIFICACION ES VALIDA, SI CONTIENE EL SELLO DE RENTAS INTERNAS, EL SELLO OFICIAL DEL DEPARTAMENTO Y LA FIRMA AUTORIZADA.

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:

Formulario 481 Rev. 29 oct 12	- F2 - C2	27 01 42	
FORMA CORTA	PLANILLA CON CHEQUE (FAVOR DE FIJ	JAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)	Número de Serie
Liquidador Revisor	2012 GOBIERNO DE PUE DEPARTAMENTO DE		
	PLANILLA DE CONTRIBUCION SOI		PLANILIA ENMENDADA
R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M	ANO CONTRIBUTIVO 2012 C		FALLECIDO
	1 01 de 01 de 2012 y TÉRMIN		DURANTE EL AÑO: Dia 'Mes Año
Nombre del Contribuyente Inicial Apo LUIS DRT	ellido Paterno Apellido Materno CIZ OCASIO	Número de Seguro Social Contribuyente	
Dirección Postal	<u> </u>	Fecha de Nacimiento Sexo	Sello de Recibido
	*	XM	11/04/2013 05:25:29 PM
URB PARAISO DE COAMO		Día Mes Año F	
	Código Postal 0 0 7 6 9 - 0 0 0 0 0 "	Número de Seguro Social Conyuge	
"Coloque la etiqueta en Nombre e Inicial del Cónyuge Apellido P		Fecha de Nacimiento Sexo	_
Apelido P.	arento Apeliluo Materno ,	del Cónyuge Sexo	
Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanizaci	ión, Número, Calle)	Dia Mes Año F	
PARAISO DE COAMO		Teléfono Residencia	
B8 Calle PAZ	70 ft 2 3	(787) 403-5354	-
Coamo PR	Código Postal 00769	Teléfono del Trabajo	
	ocasio2010@gmail.com	CAMBIO DE DIRECCION: SI X NO	PLANILLA 2013: X ESPAÑOL INGLES
SI NO		E. ESTADO PERSONAL AL FINAL	
A. 🛛 📗 ¿Ciudadano de Estados l	Jnidos?	1. Casado	
B. 🔀 📙 ¿Residente de Puerto Ric	443	(Ennegrezca aqui 📘 si pase al Anejo CO Indivi	se acoge al cómputo opcional y
C. Karali i i i i i i i i i i i i i i i i i i	exentos de contribución?	2. Contribuyente individu	
D FUENTE DE MAYOR INGRESO	· •	-	aı ombre y seguro social del cónyuge si es:
	Municipios o Corporaciones Públicas		laciones de total separación de bienes
2. Empleado del Gobierno		Casado que no vivi	a con su conyuge)
3. Empleado de Empresa F	Privada	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
4. Retirado/Pensionado		Casado que rinde sepa Indique nombre y segu	arado Iro social dei cónyuge arriba)
5. Otro Su ocupación DIRECTOR ESCO	LAR 8110 Ocupación cóny	ſ	
	PASE A LA PAGINA 2 PARA DETER		
60	ESO (Encasillado 1, linea 14. indique distrit a el Estuario de la Bahía de San Juan 🦚 -		
B) Aportación al Fondo Especial para	a la Universidad de Puerto Rico		(02)
·	posite el reintegro directamente en su guenta, c		(04) 00
	RIBUCION (Encasillado 1, línea 14) 🌡 👬 👵		
i	Planilla o Electrónicamente a través de ui		
(b) Intereses (c) Recargos	y Penalidades	(07)	00.
	(Linea 2 menos línea 3(a))		(19) 176.00
	AUTORIZACION PARA DEPOS		
2 Tipo de cuenta	Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
Tipo de cuenta Cheques Ahorros			
			고인 아이라는 아이라는 학자들은 반별
Cuenta a nombre de:	según aparece en su cuenta. Si es casado	y rindo planitla conjunta, incluse al non	obro dol odningo)
Declaro bajo penalidad de perjurio que he exami	7-1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1 - 1		
La declaración de la persona que prepara la plan			
Firma del Contribuyente / FIRMADA ELECTRONICAMENTE	Fecha 11.4 (0.4.4 (0.0.1.2)	Firma del Cónyuge	Fecha
04 Nombre del Especialista (Letra de	11/04/2013 Molde)	Nombre de la Firma o Negocio	
OLGA E CABALLERO	-/	HR BLOCK	
Firma del Especialista	Fecha 11/04/2013		ero de Registro 1
V TAY AND	NOTA AL CONTI	RIBUYENTE	
Firma del Especialista	11/04/2013	Especialista por cuenta Núme propia (ennegrezca aqui) 797	
Indique si hizo pagos por la preparac			úmero de registro del Especialista.

Pormutario 4998 Soit 27-103	OOL N	2382-1 File	d:03/16/ GOVERNME	20 Entered:03/	16/20_1	7:35:33[Desc:
Form	Departi	amento de Hacierda -l	deparament.	Pthe Treasury		Duplicado	
Rev. 09.12	}			DE RETENCION	1	Duplicate envíe a la Adm	Sen Social
		RECTED WITHHOL	LDING STA	VIEMENT	Do	not sent to Soc	Sec. Adm.
	ECHA CESE DE OPERACIO ease of Operations Date			OC. EMPLEADO		DE IDENTIFICAC	
· 2012 Día .	•	- Year	naroyee s oot	cial Security No.	Employ	er Identification N 66-04334	•
3a. NOMBRE - First Name	APELLIDO(S) - Surname(s		4a. I	NOMBRE Y DIRECCION P	OSTAL DEL		x <u>v.i</u>
LUIS	ORTIZ OCASIO	····		Employer's Name and Maili	_		
3b. DIRECCION POSTAL DEL	EMPLEADO -Employee's Ma	iling Address		DEPT DE EDUCACION-CL L8112423531	ASIFICADO	S	
DEPARTAMENTO DE EDUCA	ACION		45.	NUMEDO DE TELEFONO	T-1	M	
COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAM	ENTE SI LA INFORMACION ORIG	INAL ESTABA INCORRE	I	NUMERO DE TELEFONO : NUMERO Y NOMBRE INCORF	•		nly if the original
information reported was incorrect. Er	nter the incorrect Social Security Nu			1			
5a.NUM. SEG, SOC. (INCORREC Incorrect Social Security No.	· ·	EADO (INCORRECTO) irst Name		e's Incorrect Name (s) -Surname(s)		n que comenzó a h you started to rec	recibir la pensión:
moorroot oodiar occurry no.	Nonoic *11	ist Home	Apolitico	(s) -ourname(s)		Mes- Month	Año- Year
16 19		a) Según se Informó	Orlginalment	e b) Información Correcte			ferencia entre a y b)
Línea -Lìr	ne	As Originally Rep		Correct Information			nce between a and b)
6. COSTO DE PENSION O A Cost of Pension or Annuity		\$.00)			•	
6A. COSTO DE CUBIERTA DE S	SALUD AUSPICIADA POR		·····				
Cost of Employer - Sponso	ored Health Coverage	\$.00)				
6B. DONATIVOS Charitable Contributions		\$.00)				
7. SUELDOS		\$9,744	.00				***************************************
Wages 8. COMISIONES							
Commissions 9. CONCESIONES		\$.00	******				
Allowances 10. PROPINAS		\$.00)				
Tips		\$.00)				
11. TOTAL = 7+8+9+10		\$9,744	.00				
12. GASTOS REEMBOLSADOS Reimbursed Expenses and		\$.00)				
្នី 13. CONTRIBUCION RETEN		\$957.	22			 	
1 14. FONDO DE RETIRO GU	BERNAMENTAL			- 	-		
Governmental Retirement		\$.00					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Contributions to CODA PL	ANS	\$.00)			M	<u>. </u>
16. SALARIOS BAJO LEY 3: Salaries under Act 324-2	004	\$.00)				
16A. APORTACIONES AL PE DUPLICA TU DINERO	ROGRAMA AHORRA Y	_					
Contributions to the Save and		\$.00)				
17. TOTAL SUELDOS SEGU Social Security Wages		\$9,744	.00				<u></u>
18. SEGURO SOCIAL RETE Social Security Tax Withhe		\$409.	25				
19. TOTAL SUELDOS Y PROPIN		A0 = 44			 		
Medicare Wages and Tips 20. CONTRIBUCION MEDIC		\$9,744	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·
Medicare Tax Withheld		\$141.	29			: '	·
21. PROPINAS SEGURO SO Social Security Tips	OCIAL	\$.00	0	d rope and a			
22. SEGURO SOCIAL NO R		\$.00	0				
	E NO RETENIDA EN PROPINAS	\$.00				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
- Uncollected Medicare Tax RAZONES PARA EL CAMBIO:		1					
Reasons for the change:	111	$\rho \Lambda$			· ·		
FIRMA DEL PATRONO O SU I	1 / 7 /	100		TITULO - Title		FECHA	\ - Date
Employer's or Duly Authorized	TTWI	1	+			10/4	BRIL/2013
Humberto Tapia Fontanez NUMERO CONTROL - CO		NUMERO CONTROI	/ I L DEL COMPRO	OBANTE ORIGINAL - CONTRO	ı number o		
120038740		24,000		125552824	!	1	
VEANSE INSTRUCCIONES AL D	ORSO				Copia del E		
SEE INSTRUCTIONS ON BACK					Employee's F	ecora enartamento de	Educación

Formulario GASE/WI-ZctQ3283-LTS DOC#:12	2382-1 Filed:03/ DE RUERTO RICO - GOVER Demento de Hacilenda - Departi	16/20	Entered:03/	16/20	0 17:35:33	Desc:
Form Departs	mento de Hackrida - Departi	ient of the	e Treasury		☐ Correction ☐ Dupilcaαc	<u>1</u>
	N AL COMPROBAN ECTED WITHHOLDING				Duplicate No envíe a la Ad	
					Do not sent to Se	
Year Being Corrected Cease of Operations Date	Employee		. EMPLEADO Security No.	1	NUM. DE IDENTIFICA mployer Identification	No. (EIN)
3a. NOMBRE - First Name APELLIDO(S) - Surname(s	-Year	40 NO	ABBE V DIDECCION D	DOTAL	66-043	3481
LUIS ORTIZ OCASIO	,		MBRE Y DIRECCION P ployer's Name and Mail			
3b. DIRECCION POSTAL DEL EMPLEADO -Employee's Mai	lling Address	_	PT DE EDUCACION-CI			
PO BOX 3078	ining / tauross	ļ	12320297			
COMPLETE LINEA 5a ó 5b SOLAMENTE SI LA INFORMACION ORIG	INAL ESTARA INCORRECTA AL		MERO DE TELEFONO			only if the existent
information reported was incorrect. Enter the incorrect Social Security Nur	mber and name.		ILIO I NOMBAL INCOM	100100	. Complete line balor bu	only it tile original
5a.NUM. SEG. SOC. (INCORRECTO) Incorrect Social Security No. Nombre - Fit	and the second s		Incorrect Name -Surname(s)	Date o	echa en que comenzó n which you started to r	receive the pension:
	a) Basis as leteral (O.1-1		100	Día - I		Año-Year
Línea -Line	a) Según se Informó Origina As Originally Reported	Imente	b) Información Correct Correct Information		Aumento (Reducción) (crease (Decrease) (Diffe	Diferencia entre a y b) rence between a and b)
6. COSTO DE PENSION O ANUALIDAD Cost of Pension or Annuity	\$.00		1 1 1			
6A. COSTO DE CUBIERTA DE SALUD AUSPICIADA POR	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	***************************************				
EL PATRONO Cost of Employer - Sponsored Health Coverage	\$.00					
6B. DONATIVOS Charitable Contributions	\$.00					
7. SUELDOS	¢29 950 00					
Wages 8. COMISIONES	\$38,860.00			-		-
Commissions 9. CONCESIONES	\$.00					
Allowances	\$.00					
10. PROPINAS Tips	\$.00		-			1
11. TOTAL = 7+8+9+10	\$38,860.00					
12. GASTOS REEMBOLSADOS Y BENEFICIOS MARGINALES	\$.00				· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
값 Reimbursed Expenses and Fringe Benefits 등 13. CONTRIBUCION RETENIDA					· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	
Tax Withheld 14. FONDO DE RETIRO GUBERNAMENTAL	\$2,289.52					• .
Governmental Retirement Fund	\$3,407.52					
E 15. APORTACIONES A PLANES CUALIFICADOS Contributions to CODA PLANS	\$.00					
16. SALARIOS BAJO LEY 324-2004	\$.00					
Salaries under Act 324-2004 16A. APORTACIONES AL PROGRAMA AHORRA Y	4100					APARAMIA PIEC
DUPLICA TU DINERO Contributions to the Save and Double your Money Program	\$.00					
17. TOTAL SUELDOS SEGURO SOCIAL	\$.00		<u> </u>			
Social Security Wages 18. SEGURO SOCIAL RETENIDO						
Social Security Tax Withheld	\$.00				•	
19. TOTAL SUELDOS Y PROPINAS MEDICARE Medicare Wages and Tips	\$38,860.00					
20. CONTRIBUCION MEDICARE RETENIDA	\$563.47	1111				
Medicare Tax Withheld 21. PROPINAS SEGURO SOCIAL						
Social Security Tips 22. SEGURO SOCIAL NO RETENIDO EN PROPINAS	\$.00					
Uncollected Social Security Tax on Tips 23. CONTRIBUCION MEDICARE NO RETENIDA EN PROPINAS	\$.00	···				: :
- Uncollected Medicare Tax on Tips	\$.00					
RAZONES PARA EL CAMBIO: Reasons for the change:	Λ Λ	****				
FIRMA DEL PATRONO O SU REPRESENTANTE AUTORIZA	vo// / /		TITULO - Title	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	FECI	IA - Date
Employer's or Duly Authorized Agent's Signature	6					a estados. Transferencias
Humberto Tapia Fontanez						ABRIL/2013
NUMERO CONTROL - CONTROL Nันิกาซer 120038739	(NUMERO CONTROL DEL CO	MPROBA	NTE ORIGINAL - CONTRO 125551788	4.7.4	oer of original with	noiding statement
VEANSE INSTRUCCIONES AL DORSO SEE INSTRUCTIONS ON BACK			•	-	del Empleado ee's Record	
	* * * * * * * * * * * * * * * * * * * *				lo: Departamento d	e Educación

	Liquid 482 Rev. 31 opt 13 203; LTS; Doc# 12382-1 Filed:	03/16/20 Entered:03/1	6/20 17:35:33 Desc:
	20 I ESTAROLIBRE ASOPA DEPARTAMENTO PLANILLA DE CONTRIBUCION SO AÑO CONTRIBUTIVO 2013	BODE HACIENDA BRE INGRESOS DE INDIVIDUOS	Número de Serie
F	R G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M	21 . 2 2	O PLANILIA ENMENDADA
		ADO EL 31 de 12 de 2013	FALLECIDO DURANTE: EL AÑO: / / / Día Mos Año
Ĭ	/ / /	Número de Seguro Social Contribuyente	CONTRIBUYENTE CONYUGE
-	Dirección Postalo		CONVUGE SUPERSTITE RINDE OTRAPLANILLA PARA EL AÑO CONTRIBUTIVO:
	URb. Paraiso de Coamo G/5	CES M	Sello de Recibido
-	$C \cdot OD$	Número de Seguro Social Cónyuge	Estado Liero Ascoledo de Puerta Para DEPARTAMENTO DE HACIENTA I 1141-Colectura Barranquitas RECIBIDO
t	"Coloque la etiqueta engomada (Lahel) arud"	Fecha de Nacimiento del Sexo Cónyage	
	ombre e Inicial del Cónyuge Apellido Paterno Apellido Materno	Dia Mes Año F	0 8 ABN. 2014 The sin page 5
DK	resción flesidencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) YCLVCLISO de Co Anno	(187) 103-5354	MAKEL A FEB
	BS CALLE PAZ Código Postal 00769	Teléfono del Trabajo (SECHETABLE DE HE DIENDA
	orreo Electrónico (E-Mail)	CAMBIO DE DIRECCION: SI No	PLANILLA 2014: OESPAÑOL OINGLES
	SI NO	A	
		 F. ESTADO PERSONAL AL FINALIZ 1. Casado 	AR EL ANO CONTRIBUTIVO:
	B. ¿Residente de Puerto Rico al finalizar el año? C. ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución?		acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo
	(Someta Anejo IE Individuo)	***	
Cuestionario	D. ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) E. FUENTE DE MAYOR INGRESO: 1. Empleado del Gobierno, Municipios o Corporaciones Públicas 2. Empleado del Gobierno Federal 3. Empleado de Empresa Privada	Contribuyente individual (Ennegrezca e Indique nor	nbre y seguro social del cónyuge si es:
ű	S E FUENTE DE MAYOR INGRESO:	Casado con capitulad	ciones de total separación de bienes
Sti	S 표 1. COENTE DE MATOR INGRESO:	Casado que no vivía	con su cónyuge)
lă	2. Empleado del Gobierno Federal	3. Casado que rinde separado	
_	3. C Empleado de Empresa Privada 4. Retirado/Pensionado	(Indique nombre y seguro	o social del cónyuge arriba)
	5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la industria o negocio principal)		:
	£ 6. Otro		
	Su ocupación Conyu	ge F	CONTRATO GOBIERNO: Contribuyente Cónyuge
	PASE A LA PAGINA 2 PARA DE	TERMINAR SU REINTEGRO O PAG	0
2	1. CONTRIBUCION PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 28. Indique distribuc	ión en las líneas A.B. C.v.D)	(01) (01) 00
eintegro	A) Acreditar a la contribución estimada 2014	*************************************	
<u>ë</u> :	B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan	**1****************	no. len
LL.	C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico	14,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	(04) 00
07000	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una		
	2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCION (Encasillado 3, línea 28)	161.650.1311.141.65.62.61.61.61.61.61.61.65.65.61.61.61.241.61.61.61.61.61.61.61.61.61.61.61.61.61	(06) 00
Pago	o menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de u	n Programa Certificado	(07)
g	(b) Intereses		
	(c) Recargos y Penalidades	(02) 00
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos linea 3(a))	DSITO DIRECTO DE REINTEGRO	(10)
- 1			
	Tino de augusta	SOLIO DIRECTO DE REINTEGRO	
	Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
	Tino de augusta		
Deposito	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Número de ruta/tránsito	Número de su cuenta	
Disoder	Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el	nombre del cónyuge)
Deposito	Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla jeclaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con res	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el	
Deposito	Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el	
Otisoded Decider	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con residel contribuyente Fecha	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el anejos y documentos que se acompai specto a la información disponible y d	ñan, y que la misma es cierta, correcta y completa. licha información ha sido verificada.
Otisoded Decider	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con res	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el anejos y documentos que se acompai specto a la información disponible y d	ñan, y que la misma es cierta, correcta y completa. licha información ha sido verificada.
Olisoded Declaration	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla leclaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con resider Contribuyente Nombre del Especialista (Letra de Molde)	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el anejos y documentos que se acompar specto a la información disponible y d Firma del Cónyuge Nombre de la Firma o Negocio	ñan, y que la misma es cierta, correcta y completa. licha información ha sido verificada. Fecha
OliSodad Declarina	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla (eccepto de contribuyente) es con resta contribuyente Abel Contribuyente Nombre del Especialista (Letra de Molde) Recha Fecha Fecha	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el anejos y documentos que se acompai specto a la información disponible y d Firma del Cónyuge Nombre de la Firma o Negocio Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui)	nan, y que la misma es cierta, correcta y completa. icha información ha sido verificada. Fecha
Olisodad Declarina	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si aro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla leclaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con resider Contribuyente Nombre del Especialista (Letra de Molde)	Número de su cuenta y es casado y rinde planilla conjunta, incluya el anejos y documentos que se acompai specto a la información disponible y d Firma del Cónyuge Nombre de la Firma o Negocio Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui)	nan, y que la misma es cierta, correcta y completa. icha información ha sido verificada. Fecha

Formidation Form 499R-2W-2 PR Rev 08.13 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DE COMPROBANTE DE RETENCION	- WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
1. Nombre - First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Script Security No.	7. Sueldos - Wages 38860.00 8. Comisiones - Commissions	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	0 . 0 0 9. Concesiones - Allowances	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS. PR 00777	5. Fecha en que comenzó a recibir la pensión - Date on which you started to receive the pension	10. Propinas - Tips 0.00	Social Security Tax Withheld 0.00
•	Dia Mes Año Day Month Year	11. Total=7+8+9+10 38860.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0 - 0 0	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00	38860.00
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage		20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
HATO REY, PR 00919	0.00 (14: Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	563.47
Número de Teléfono del Patrono	6B. Donativos Charitable Contributions	3407.52	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips
Emplayer's Telephone Number	0.00	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS	0.00
Fechs Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Copia B para Planilla	0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
Número Confirmación de Radicación Electrónica	del Empleado Copy B for Employee's	16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004	Social Security Tax on Tips
Electronic Filing Confirmation Number	Tax Return	0.00	0.00
C400001 Número Control - Control Number	Año: Year: 2013	16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	23. Contrib. Medicare no Retenio: en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
004529169	Year: ZUI S	0.00	0.00

Relention: Ten (10) years from the filling date in the Return Processing Bureau

Formulatio Form 499R-2W-2 PR Rev 08 13 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO R DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DI COMPROBANTE DE RETENCION	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION	
1. Nombre-First Name LUIS	3. Núm. Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages 38860.00 8. Comisiones - Commissions	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
Apellido(s) - Surname(s)	4. Núm. de ident. Patronal Employer ident, No. (EIN)	0.00	0.00
ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address	660433481 5. Fecha en que comenzó a recibir la	9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld
PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	pension - Date on which you started to receive the pension Did Mes Año	10. Propinas - Tips	0.00
	Day Month Year	11. Total=7+8+9+10 38860.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	6. Costo de Pensión o Anualidad Cost of Pension or Annuity 0 . 0 0	12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits O . O O	38860.00
DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	6A. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00	13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1986 - 88	Medicare Tax Withheld 563.47
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number	6B. Donativos Charitable Contributions	14. Fondo de Retiro Gubernamentel Governmental Retirement Fund 3 4 0 7 . 5 2	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0 . 00
Fecha Cese de Operaciones: Dia Mes Año Cese of Operations Date: Day Month Year	0.00 Copia C para Récord	15. Aportaciones a Planes Cualific. Contributions to CODA PLANS 0.00	22. Seguro Social no Retenido en Propines - Uncollected
Número Confirmación de Radicación Electrónica Electronic Filing Confirmation Number C400001	del Empleado Copy C for Employee's	16. Salarios bajo Ley 324-2004 Salaries under Act 324-2004 O . O O	Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number 004529169	Records Año: Year: 2013	16A. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program 0,00	23. Contrib. Medicare no Retenidi en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc: Exhibit Page 32 of 42

Form	rufario 482 Rev. 31 oct 14		Exmore 1 ag	gc 02 01 42				
L	FORMA ÚNICA	2014	ESTADO LIBRE ASOCIAC DEPARTAMENTO		2014		lúmero de Serie	
	Liquidador Revisor	DI AMILI				ĺ		
L.,			.A DE CONTRIBUCIÓN SON ANO CONTRIBUTIVO 2014			C PLANILLA ENME	NDADA	
R	G RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E A M					FALLECIDO DU	RANTE EL AÑO:	
		1(lee	nero de 2014 Y TERMINA	DO EL 31 de diciemi	bre do 2014	<u> </u>	Dia Mes	
ы	mbre dei Conmbuyente fiscati Apalldo Parc		peddo Matemo	Número de Seguro Soci	ial Contribuyente	CONTRIB	UYENTE CÓNYUGE PÉRSTITE RINDE OTRA PLAN	
LU		(DCASIO	—		PARA EL AÑO del cónyuge fal	CONTRIBUTIVO (Indique sec	guro social
A	ección Postul b PARAISO DE COAMO			Feena de Nacimiento	Sexo XOM		ello de Recibido	············
177	5 Calle PAZ			Dia Mes Ano	OF	li Estade Libra	e asociado do Pua	ार्थ कि
				Numero de Seguro S	ocial Conyuge		amento de hacie	
Co	oamo PR	Codigo Pos		Fecha de Naciminimo de	I Sexo		·Colectulia Albohi ECIBIBO	10
				Conyugo	OM	110		.j. *
MOI.	bre e Inicial del Conyuge — Apellido Paterno	Apell	ido Materno	Dia Mes Ano Tololono Resi	(INFO		3 APR. 2015	* {
Dires	cion Residencial Completa (Barrio o Urbanizacion, Nomi	ero, Calle)		(787) 405-		11	SIN PAGO	ļ
	o PARAISO DE COAMO 5 Calle PAZ			Telefono del 1		d'a	- Zanapoza 615	
	amo PR	Codigo Pi	oslat 00769				ETARIO DE HACIEND	4
	eo Electronico (E-Mail) OFFICE65624@T/		······································	CAMBIO DE DIRECCIÓN: C	⊃ 21 QX O №	Sitte and in the contract and the contra	hat it all the discount for all received in the second	Sidners march
ZUT	LIZÓ PROGRAMA PRIVADO PARA LLENAR LA PLAN	illa? 🚫 Si	ON₀	SOLICITÓ PRÓRROGA: C	⊃ Si OX O No	PLANILLA 2015: C	🗴 ESPANOL 🔾 INGLI	ES
	SI NO A. CO ¿Ciudadano de Estados Ur	Senhir	F. ESTA	DO PERSONAL AL	FINALIZAR EI	AÑO CONTRIBUT	IVO:	
l	B. C ¿Residente de Puerto Rico	al finalizar el an	יטו	⊃Casado	12 13 1 -			. _T
	C. Ozo ¿Otros Ingresos excluidos o		ontribución?	(Ennegrezca aqui C	Si se acoge	al cómputo opcional y	pase al Anejo CO Individuo) §^
	(Someta Anejo IE Individ		2. 🤇	Contribuyente indivi				LE D
ä	(Someta Anejo F1 Individuo					r seguro social del de total separación		JUAN
Cuestionario	E. FUENTE DE MAYOR INGRESO:			Casado con			de pienes	2 K
est	Empleado del Gobierno, Municip Granda del Gobierno, Francesco del Gobierno, Municipalità del Gobierno, Munic					TATAL AREA		ONC ONC
J	 Empleado del Gobierno Federa Empleado de Empresa Privada 		J. C	Casado que rinde p		al del conyuge arr	iba)	ENEC
Ì	4. Retirado/Pensionado							STE
	5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la 6. Otro		ocio principal)					(FAVOR DE FIJAR CHEQUE EN ESTE LUGAR)
	• '		******				RATO GOBIERNO:	
	Su ocupación Maestro de Esc	uela 61	10 Ocupación cónyu	ige		Contr	ibuyente Conyug	je
			LA PÁGINA 2 PARA DI	······································				
integro	1. CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO							299 00
æ	A) Acceditar a la contribución estimac						. 1	00
Reii	B) Aportación al Fondo Especial para C) Aportación al Fondo Especial para							00
<u> </u>	D) A REINTEGRAR (Si desea que se le						4.4 4.4 4.4 4.4	299 00
				And the second second second				
	2 TOTAL NO PAGADO DE LA CONTR							00
Pago	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pi						(07)	00
Ба	(b) Interes (c) Recar		y Penalidades				00	
	4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (I						(10)	00
-			AUTORIZACIÓN PARA DE					
0	Tipo de cuenta Múr				5.其基本的社会发			
<u>Ş</u> .		nero de ruta/trá	nsito	Número de su	cuenta			
Depósito	Cheques Ahorros				السالسالسا	┖━┸━┸		الال
	Cuenta a nombre de:	an late da molde	e segun aparece en su cuenta. !	Clas angula y divide abadi	la applicate inches	water be a december to		
<u> </u>	<u> </u>			·····				onunista.
La	laro bajo penalidad de perjurio que he exam declaración/de la persona/que prepara la p	ilnaco la intorm Sianilla (excepto	el contribuyente) es con	respecto a la informac	ion disponible	gpanan, y que la mis y dicha información	ha sido verificada.	ompieta.
Fint	a den Contylbuyente	-	Focha	Firma del Conyuge			Fischii	
4	Nombre del Especialista (Letra de Molde)	<u> </u>		Nombre de la Fama o l	Vizacio			
	FRANCES SANTIAGO TORRES			HRB GROU				
8	no del Especialista		fucha	Especialista por cuent propia (ennegrezca aq	a Numero	de Registro		
		**		Saska transaturera adı	63	34		

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc: Exhibit Page 33 of 42

Anejo M Individuo		INGRESO DE	PROFESION	ES			
Nev. 31 00: 14	Y COMISIONES					2014	
	Año contri	ibutivo comenzado el 1 de enero	de_2014_y terminado el_	31 de diciembre de 2	2014		
Nombre del contribuyente	<u> </u>					Núm	nero de Seguro Social
LUIS ORTIZ OCASIO						•	
Parte I Cuestionario		(Deberá llenar un anejo por cada fu	ente de ingreso)		6		
Número de identificación Patronal	3	o proveniente de (ennegrezca uno):	Ennegrezca uno:	Ennegrezca aquí si é	ésta es su	Fecha	de comienzo de operaciones:
66-0433561		Contribuyente 2 Cónyuge		2	'''	Dia	1 Mes 1 Año 2013
Número de Registro de Comerciante	utilizac	rezca aquí si durante el año contrit dos en sú industria o negocio	butivo dispuso de la to O	otalidad de los activos	;		
	Localiz	zación de la Oficina Principal - Núme	ro, Calle y Pueblo		-		vo contributivo bajo:
	Coam	no PR 00769				Ley 1	1-2013 (01) 135-2014 (02)
Clave Industrial Codigo	Naturale	eza de la profesión (Ej. abogado, con	tador, comisionista, etc).)	1	Núm	ero de empleados
	maes				1		0
Indique si reclamó gastos relacionados con la t	litularidad,	uso, mantenimiento y depreciación de los	siguientes conceptos (enr	negrezca ias que apliquen)	. Además, inc	Sique si	el negocio derivó más del 80%
de la totalidad de sus ingresos de actividades pasajeros o de carga o arrendamiento en el ca							
Concepto		Indique si reclamó gasi		Indique si derivó 80%			
1 automóvites 2 embercaciones		00 SI 0N No			SI OX	O No O No	
aeronaves propiedad residencial fuera de Puerto F		◯ SI 🐼 No			⊃si oxc) No	
		Si QD No) No	
					Ø		
Ingresos Menos: Cantidad exenta bajo Ley	135-201	A man A Hacta SAN DON C	ጉ ሳ ሀ	Attoon holmolog	•	(01)	3,975 00
ত । Ingreso bruto despues de la exención ।	bajo la Le	ev 135-2014 (Linea 1 menos linea 2. st.	aplica Dentromodo a	ail el ab atronmi la atom	00.41	1041	3,975 00
 ingreso ganado a traves de corpor 	aciones	de individuos, sociedades y socied	dades especiales			40.	00
5. Menos: Gastos de operación y otr 6. Ingreso neto del año corriente (Sur	ros costo	os (Informe detalle en Parte III)				1445	3,237 00
 werros: Perdida neta en operación 	nes de ar	nos anteriores (Acompañe aneio, ve	éanse instrucciones)			1471	738 00
o. Ganancia (o perdida) (Si es una gan	iancia, tra	aslade el total a la página 2. Encasillad	do 1. linea 2K de la pla	milla o línea 3K. Column	ich O o B co		
Anejo CO Individuo, según aplique. Si una Ley de Incentivos, traslade el tota	i es una p	térdida, véanse instrucciones. Por otro	olado isles una nanan	icia nua tributa a taca ro	duoida bain	ł	
apilque a dicha ganancia)		***************************************	I) dei Anejo Az maiviuu	o, segun la tasa contrib	utiva que te	(20)	738 00
Pane III Gastos de Oper	ación y	/ Otros Costos			85)	(20)	1 30 100
A. Gastos deducibles para la contribu Salarios, comisiones y bonificacion Gastos de nómina Wagnes institutiones.	OP A AMA	alaadaa Máanaa inatrussiansa)		Mas		20	· ·
					- 188	00	
4 Anortación a planes de pensiones	tibilos	doe Mágnes instruccionas Comoto N	Madal- 00 0040	(03)	1,482	00	
5 Servicios protegionales (Vegasea	inetrion	Pinnael	•	(0.0)		00 00	
Alquiler, renta y cánones pagado Intereses sobre deudas del neg Contribuciones sobre la propieda Sauros (Váanos Instructivada)	iocio	of an allognolog	····	(07)	····	00	
9. Seguros (Véanse instrucciones)	iu, pateri)	ites y licencias	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	(03)		<u>00</u>	
 Servicios públicos (agua, luz, te Depreciación y amortización (Sr 	eléfono, e ometa Ar	etc.)		(10)	325		
Somitibuciones sobre la propieta Seguros (Véanse instrucciones) Servicios públicos (agua, luz, te Depreciación y amortización (Sc Gastos de automóviles (Millaje Gastos de otros vehículos de mo Contribución federal sobre el traba	Nor IV/da	691) (12) (Véanse instrucciones')	(13)	414	00	
Contribución federal sobre el traba Costos directos imprescindibles (\$ Subtotal (Sume líneas 1 a la 1 Otras deducciones:	ajo bol cr	uenta propia (Véanse instrucciones)	······································	(14)	56	00 00	
15. Costos directos imprescindibles (3 16. Subtotal (Sume líneas 1 a la 1	3ometa a 15)	nejo detallado. Véanse instruccione	es)	(16)		00 (17	7) 2,277 00
B. Otras deducciones: 17. Comisiones a negocios) <u> </u>
18. Reparaciones				(10)	460		
20. Anuncios		***************************************		(20)		00 00	
21. Gastos de viajes				220V		00	
45. Maleriales y electos				POEL I	200	<u>00</u> 00	
25 Otros dastos (Someta aneio det	tallada)	***************************************	******************************	(26)	300	00 00	
26. Subtotal (Sume lineas 17 a la 27. Total (Sume lineas 16 y 26. Trasl	25)	Parto II Ilinoa 6 do cata Anaio)			300	(28	
Zir i van (valito illicao io y Zo. 11asi	ann a ia	Talte II, Illiea o de este Allelo)		1		(30	0 007 00

Modelo SC 2909



ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA

AUTORIZACIÓN A ESPECIALISTAS EN PLANILLAS PARA LA RADICACIÓN ELECTRÓNICA Y FIRMA DIGITAL DE LA PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS

La Sección 1061.01 del Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado, establece la obligación de rendir la Planilla de Contribución sobre Ingresos de Individuos y permite que la misma sea autenticada mediante firma digital. El contribuyente que designe a un Especialista en Planillas, Declaraciones y Reclamaciones de Reintegro (Especialista) para firmar de forma digital, en su representación, su planilla, deberá completar este modelo y entregarlo al Especialista junto con copia de su licencia de conducir o pasaporte.

			B a 2	1.7	, and a special state of the st
Parte l • Información del C	ontribuyente (S	kinnde planilla conjunta, debe			
L . Louisia del ColtribuAcille	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno		Seguro Social Contribuyente
LUIS ORTIZ OCASIO Nombre del Cónyuge	1				logaro dociai contribuyente
Hombre der Corryuge	Inicial	Apellido Paterno	Apellido Materno	Número de S	eguro Social Cónyuge
Dirección		Cor	re s ac trónico	77.12.	
URB PARAISO DE COAM	O 615 CALLE P	PAZ		Teléfono	
COAMO PR 00769	on Programme and the con-	afig	guer q a@apagpr.com	787-405-53	354
raite ii - informacion de i	a Planilla de C	ontribución sobre Ingresos	de ledividuos		venta i mare processor estre
1. Año Contributivo			With the same of t		
			ASSESSED TO SECOND SECO		15
ingreso Bruto Ajustado	(Página 2, Encas	illado 1, linea 5 de la planilla) .		\$ 38	813
3. Contribución Determina	ida (Página 2, End	casillado 3, linea 19 de la planill	april	\$ 20	87
		rédilo Reembolsable (Página 2, E	Harting-Recognition		40
		D de la planilla)		\$ 553	3
6. Balance Pendiente de l	Pago (Página 1. I	inea 4 de la planilla)		6.0	
Parte III - Designación de	Especialista -			\$ 0	
Nombre del Especialista (en letra d	ie molde)		Número de Seguro Social	o Identificación Patro	nal
Antonio A Figueroa Alvarado Nombre de la Firma o Negocio)		66-0750323		
AP Advisory Group Corp			Número de Registro		
Dirección Postal			Correo Electrónico		- I may
PO Box 52006					Teléfono
Toa Baja PR 00950-2006			afigueroa@apagpr.com	1	787-268-1616
Actos Autorizados – El Esp Individuos del contribuyente p	ecialita está auto ara el año contril	orizado a radicar electrónican outivo 2015	pente y a firmar de forma dig	ital la Planilla de C	ontribución sobre Ingresos de
Parte IV - Firma del Contribi	yente - Si rinde	planilla coniunta: tanto el coni	GENGEROM GERMANIAGEZ.		
Deciaro bajo penalidad de perjurio para el año contributivo 2015 en la copia electrónica de mi Planil de Contribución sobre Ingresos de	que he examinado	la copia electrónica de mi Planilla	e Sontribución sobre Ingresos de	e Individuos, los anejo	s y documentos que se acompañan son las mismas que se incluyeron a firmar de forma digital mi Planilla
Firma del Contribuyente		Nombre (en	letra de molde)		Fecha
		LUIS ORTI	IZ OCASIO		
Firma del Cónyuge			letra de molde)		13-04-2016
					Fecha
	Si es	ta Autorización no está firmac	la y fechada la misma no será	válida.	
		Período do Conserv			· .

Período de Conservación: Diez (10) años.

ASE:17-03283COMPROBANTE # ACTION OF THE PROPERTY OF THE PROPER	Xninitor wage tebent 42	TE DEPA US STATE THE TREASURY INFORMATION	SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
1	3. Núm, Seguro Social	7. Sueldos - Wages	INFORMATION
Apellido(s) - Surname(s)		38460.00	17. Total Sueldos Seguro Soc
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident. Patronal	B. Comisiones - Commissions	Social Security Wages
Dirección Poetal del E	Employer Ident. No. (EIN)	1	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido
JUNCOS, PR 00777			Social Security Tax Withhe
	Costo de cubierta de salud ausploiada por el patrono - Cost of employer-sponsore health coverage	or 10. Propinas - Tips	- 0.00
	health coverage	0.00	
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Nombre	0.00	11. Total=7+8+9+10	19. Total Sueldos y Pro. Medica
Mailing Address	6, Donativos Charitable Contributions	38460.00	II WENGGIO WARRE AND TT
DEPT DE EDUCACION CELE		12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales	11
	0.00	themses and Fringe Benefits	38460.00
EULMA CALAF	Patrono: - Employer: * Envie a: - Send to:	0.00	JI
HATO REY, PR 00919	Social Security Administrative	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
Número de Teléfono del Patroло		1916.88	P.J.
Employer's Telephone Number	Con la	14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund	557.67
	With the W-3PR	3407.52	
Fecha Cese de Operaciones: Dio Mes Año Cease of Operations Date: Doy	Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente	15. Aportagiones a Dianas Curilla	21. Propinas Seguro Social
Month Year	Send to Department of the Trans	Contributions to CODA PLANS	Social Security Tips
lúmero Confirmación de Radicación Electrónica		0.00	0.00
lectronic Filing Confirmation Number	(www.hacienda.pr.gov)	16. Salarios Exentos (Ver instrucciones)	22 Seguro Santal
\$150008	Entregue dos coplas al empleado Deliver two coples to employee		22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected
lúmero Control - Control Number	Conserve conia nomenta esta esta esta esta esta esta esta es	16A Código do Sala i	Social Security Tax on Tips
	reception your records	16A. Código de Salarios Exentos Exempt Salaries Code	0.00
004958540	Año: DO4F	<u> </u>	
Fecha de radioarió	Year: 2015	16B. Aportaciones al Programa Ahorra y	23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing	date: January 31	Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	Medicare Tax on Tips
	y-41	0.00	0.00

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY Rev. 08.15 INFORMACION PARA EL COMPROBANTE DE RETENCION - WITHHOLDING STATEMENT INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA SEGURO SOCIAL DEPARTMENT OF THE TREASURY 1. Nombre-First Name SOCIAL SECURITY INFORMATION 3. Núm, Seguro Social Social Security No. INFORMATION . LUIS 7. Sueldos - Wages 17. Total Sueldos Seguro Social 38460.00 Social Security Wages Apellido(s) - Surname(s) 8. Comisiones - Commissions 4. Núm. de ident. Patronal ORTIZ OCASIO Employer Ident, No. (EIN) 0.00 Dirección Postal del Empleado-Employee's Malling Address 660433481 9. Concesiones - Allowances PO BOX 3078 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por 18. Seguro Social Retenido 0.00 JUNCOS, PR 00777 Social Security Tax Withheld el patrono - Cost of employer-sponsored 10. Propinas - Tips health coverage 0.00 11. Total=7+8+9+10 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 38460.00 Employer's Name and Mailing Address 9. Total Sueldos y Pro. Medicare 12, Gastos Reemb. y Beneficios Marginales DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS Medicare Wages and Tips Relmb, Expenses and Fringe Benefits 0.00 AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ Patrono: - Employer: 0.00 38460.00 Envie a: - Send to: 13, Cont. Retenida - Tax Withheld ESQUINA CALAF Social Security Administration HATO REY, PR 00919 20. Contrib. Medicare Retenida Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 1916.88 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retiroment Fund Medicare Tax Withheld Número de Teléfono del Patrono Con la With the W-3PR Employer's Telephone Number 557.67 Envie al Departamento de Hacienda 3407.52 Fecha Cese de Operaciones: electrónicamente 15. Aportaciones a Planes Cualific. Cease of Operations Date: Dla Day 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips Mes Send to Department of the Treasury Contributions to CODA PLANS Αñο electronically (www.hacienda.pr.gov) Month Year Número Confirmación de Radicación Electrónica 0.00 Electronic Filing Confirmation Number 16. Salarios Exentos (Ver instrucciones) Entregue dos copias al empleado Exempt Salaries (See instructions) Deliver two copies to employee 22. Seguro Social no Retenido \$150008 Conserve copia para sus récords en Propinas - Uncollected 0.00 Número Control - Control Number Keep copy for your records 16A. Código de Salarios Exentos Social Security Tax on Tips Exempt Salaries Code 004958540 Año: 0.00 2015 16B. Aportaciones al Programa Ahorra y Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 23. Contrib. Medicare no Retenida Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 0.00

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Formulario 482 Rev. 16 nov 16 Page 36 of 4 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO FORMA UNICA 2016 DEPARTAMENTO DE HACIENDA 2016 Liquidador PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2016 O AÑO COMENZADO EL > PLANILLA ENMENDADA RO V1 V2 P1 P2 N D1 D2 E > FALLECIDO DURANTE EL AÑO: Dία de 2016 YTERMINADO EL 31 de CONTRIBUYENTE CÓNYUGE Nombre del Contribuvente Número de Seguro Social Contribuyente Acellido Paterno Apellido Materno CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA UIS EL AÑO CONTRIBUTIVO (indique seguro social y fecha de defunción del cónyuge fallecido:

Dia Mes Año ORTIZ OCASIO Dirección Postal Fecha de Nacimiento Sello de Recibido URB PARAISO DE COAMO Número de Seguro Social Cónyuge 615 CALLE PAZ Eecha de Nacimiento del Sexo Código Postal 00769 COAMO PR Cónyuge Nombre e Inicial del Cónyuge 13/04/2017 11:28:15 AM Apellido Materno Apellido Paterno Mes Año Teléfono Residencia Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) '87-⁾405-5354 URB PARAISO DE COAMO Teléfono del Trabajo 615 CALLE PAZ COAMO MIBIO DE DIRECCIÓN: SI Código Postal 00769 Correo Electrónico (E-Mail) afiqueroa@apagpr.com QLICITÓ PRORROGA: SI SI NO UENTE DE MAYOR INGRESO: ¿Ciudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) Empleado del Gobierno, Municipios o Retirado/Pensionado Digital Residente de Puerto Rico durante todo el año? Corporaciones Públicas Trabajo Cuenta Propia (Indique la Si contestó "No", indique una de las siguientes: Empleado del Gobierno Federal industria o negocio principal) Fecha de mudanza a P.R. (Día____ Mes_ DEmpleado de Empresa Privada Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día_ 6. C Otro Mes 3. No residente durante todo el año C. C. Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no s ESTADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: Suestionari incluyen en esta plantila? (Si contestó "Si", indique la cantidad): Casado Atribuible al contribuyente \$ (Ennegrezca aquí C si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. Alribuible al cónyuge \$_ Contribuyente individual D. Cotros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si es: (Someta Anejo IE Individuo) Casado con capitulaciones de total separación de bienes ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) a ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Renta Casado que no vivía con su cónyuge) Internas Federal? Casado que rinde por separado ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) (Fecha en que cesó en el servicio: Día____ Mes_ Año__ CONTRATO GOBIERNO: Su ocupación Maestro de Escuela 6110 Contribuyente Cónyuge Ocupación cónyuge PASE A LA PÁGINA 2 PARA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. 357 00 CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, ilnea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C A) Acreditar a la contribución estimada 2017 00 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente erauna duenta, complete el Encasillado de Depósito) 100 357 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de un Programa Certificado Pago Intereses OD 00 y Penalidades (c) Recargos 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más lineas 3(b) (10) 0 00 AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente Firma del Conyuge Fecha FIRMADA ELECTRONICAMENTE 13/04/2017 Nombre del Especialista (Letra de Molde) Nombre de la Firma o Negocio Antonio A Figueroa Alvarado AP Advisory Group Corp Firma del Especialista Fecha Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui) Número de Registro FIRMADA ELECTRONICAMENTE 13/04/2017 6853 NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: Si No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista.

Si se acoge al computo opcional de 1 y 2, ni las líneas 14 a la 20 del Enc 1. Sueldos, Comisiones, Concesi SUMINISTRELOS COMPROBA	asillado 3, y pase al Anejo CO Individ	is casadas que Viven juntas y uo.		omplete los Encasillados
	ones y Propinas			
SUMINISTRELOS COMPROBA			A-Contribución Retenida	B-Sueldos, Comisiones, Concesiones y Propinas
	ITEG DE DETENCIÓN	4	1916 00	38460 00
(Formularios 499R-2/W-2PR, 49			00	00
según aplique),			00	
			00	[06
Total de comprobantes con	esta planilia	02 1	(02) 1916 00	
C- Salarios del Gobierno Federal Formularios W-2 con esta planil	' I Al	Salarios Exentos bajo Ley 135-20	114 Contribución Retenida (03) 0 00 (Salarios Federales
2. Otros Ingresos (o Pérdidas):		Section 1	-	
	nes de retiro cualificados (Anejo D Indivi nta o permuta de activos de capital (Anejo I			
C) Intereses (Anejo FF Individ	uo, Parte I, linea 5)	ROSE STATE OF THE	(
F) Distribuciones de Cuentas de	bernamentales (Anejo F Individuo, Parte Retiro Individual y Cuentas de Aportació	n Educativa (Anejo F Individuo, I	Parte I, linea 2) (0 00
G) Otros Ingresos (Anejo F India	iduo, Parte V, Ilnea 4 y Anejo FF Individi	uo, Pare fil, linea 4)		12) 0 00
	pensiones (Anejo H Individuo, Parte II, le a Industria o negocio (Anejo K Individu	inea 227		(3)
J) Ganancia (o pérdida) atribuit	le a la agricultura (Anejo L. Individuo, Pa	rte 11 Jhea 14)	(15) 0 00
K) Ganancia (o pérdida) atribuib	le a profesiones y comisiones (Anejo M I de a alquiter (Anejo N Individuo, Parte II	ndividuo Parte II, linea 8)	,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,	16) 331 00 17) 0 00
M) Dividendos de Fondo de Ca	pital de Inversión o de Turismo (Some	a Anejo Q1)	(18)00
	largo plazo en Fondos de Inversión (So eneficios de sociedades, sociedades esp			
	compensación diferida y/o de retiro cu			
terminación del plan) (Anej	o F Individuo, Parte III o IV, linea 1,	seglin aplique)	(5,000)	21) 0 00
R) Pensión recibida por divorci	, compensaciones o espectáculos públic o o separación (Núm. seguro social del o	os recipigos por un individuo ni 10e baita:) (23)	24) 0 00
I 3. Total de Ingresos (Sume linea	: 18. 1C v 2A a la 2R)	w		25)I 38/911VV
4. Pensión Pagada por Divorcio o Se	paración (Núm. seg. soc. del que la recibe: _ 3 menos linea 4)) (26) (Ni	im. sentencia) (27) (26) 0 00 29) 38791 00
	dividuo, Parte I, línea 11 o Parte II, línea			
	000; Contribuyente Individual - \$3,500; C			
II I O, EXCILION DOI DEDGRAGORIGO ICOM	plete el Anejo A1 Ind., véanse instruccior a compartida o casado que rinde separado			
Total Exención por Dependiente	s (Sume lineas 8A y 8B)		(0 00
101	Veteranos (\$1,500 por veterano, Si ambo (Sume líneas 6 a la 9)			0 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 00 0
	por Ley 185-2014 (Linea 5 menos linea 1			
	185-2014 (Véanse instrucciones)			
	TRIBUCIÓN (Línea 11 menos linea 12, § Tabla 2 Tasas preferenciales (Anejo			
15. Cantidad de Ajuste Gradual (Determine	este ajuste si la cantidad reflejada en línea 13	o en Allejo A2 ind., linea 11 es mayo	r de \$500,000) (Anejo P Ind., linea 7) (23) 00
16. CONTRIBUCION REGULAR AN	TES DEL CRÉDITO (Sume lineas 14 a países extranjeros, los Estados Unidos, s	y 16	Anelo C Individuo) Magnes Inet (24) 2 0 8 4 0 0 25) 0 0 0
18. CONTRIBUCIÓN REGULAR NE	A (Linea 16 menos linea 17)	()		26) 2084 00
19. Exceso de la Contribución Básica A	ltema Neta sobre la Contribución Regular N	leta (Aneio O Individuo, Parte II, II	nea 7) (Véanse instrucciones) (27) 0 00
	ma (Anejo O Individuo, Parte III, Ilnea 4) NADA (Sume Ilneas 18 y 19 menos linea 20			
22. Recobro de crédito reclamado er	exceso (Anejo B Individuo, Parte I, line	a 3)	(30) 0 00
23. Créditos contributivos (Anejo B	ndividuo, Parte II, linea 28)IVA (Sume lineas 21 y 22 menos linea	23 Sametrapas de care anota		31) 0 00
	GADA Y CRÉDITO REEMBOLSABLE:	zo, pres nichos de celo, allole		그 그 그는 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그 그
A) integrante retención sobre salarios	(Sume las lineas 1A y 1C del Encasillado 1 o			
C) Crédito de la Oportunidad Ar	Anejo 8 Individuo, Parte III, linea 22) nericana (Someta Anejo B2 Individuo) (No			
D) Cantidad pagada con prón	oga automática	***************************************	(36)[00
	Pagada y Crédito Reemboisable (Sumo			37) 2441 00 38) 00
0 I · · ·	'RIBUCIÓN (Si la línea 25E es menor que l ilda, Pagada y Crédito Reembolsable			39) 357 00
28. Adición a la Contribución por I	alta de Pago de la Contribución Estima	ada (Anejo T Individuo, Parte II,	línea 21)	40) 00
R I	or que la suma de líneas 26 y 28, usted tie que la suma de líneas 26 y 28, usted tiene un ba	, -	, ,	
 Si diferencia entre l 	nea 27 y la suma de lineas 26 y 28 es igua NTIDAD REFLEJADA EN LA LÍNEA 29 DEBER/	al a cero, anote cero aqui y pase a	a firmar su planilla en la página 1.	357 00

Case: 17-0328MPROBANTEDER # 10	982w1rhpibed:03/16620 E	Enteredio 3/106/20 Reasies	33 SEGURO SOCIAL
, and the state of	Example Page 39 of 4	1NFORM/	INFORMATION
LUIS	Social Security No.	7. Sueldos - Wages	
Apellido(s) - Surname(s)		38460.00	17. Total Sueldos Seguro Soc Social Security Wages
ORTIZ OCASIO	4. Núm. de Ident, Patronal	8. Comisiones - Commissions	
	Employer Ident. No. (EIN)	0.00	0.00
Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Addres PO BOX 3078	660433481	9. Concesiones - Allowances	18. Seguro Social Retenido
JUNCOS, PR 00777			Social Security Tax Withhe
	Costo de cubierta de salud auspiciada el patrono - Cost of employer-sponsor		0.00
	health coverage	0.00	
Fecha de Nacimiento Dio Mes A	0.00	11. Total=7+8+9+10	19. Total Sueldos y Pro. Medic
Date of Right	6. Donativos	38460.00	Medicare Wages and Tips
2. Nombre y Dirección Postal del Patrono	Charitable Contributions	12. Gastos Reemb. y Beneficios Margina	
Employer's Name and Malling Address	0.00	Relmb. Expenses and Fringe Benefit	38460.00
DEPT DE ROUCACTON-CLAGRONS	Patrono: - Employer:	0.00	
TO THE TENTENTE CREAT COMPATER	* Envie a: - Send to:	13. Cont. Retenida - Tax Withheld	20. Contrib. Medicare Retenida
ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919	Social Security Administration	1916.88	Medicare Tax Withheld
.1110 KEI, PR 00919	Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001	14. Fondo de Retiro Gubergamentol	557.67
Número de Teléfono del Patrono	Con la	Governmental Retirement Fund	
Employer's Telephone Number	With the W-3PR	3407.52	21. Propines Seguro Social
Fecha Case do Onesa	* Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente	15. Aportaciones a Planes Cualific.	Social Security Tips
Fecha Cese de Operaciones: _{Dru} Mes Año Cease of Operations Date: Dru Mes Año	Send to Department of the Treasury	Contributions to CODA PLANS	
Monin — Yeor —	electronically	0.00	0.00
Número Contirmación de Radicación Electrónica	(www.hacienda.pr.qov)	Salarios Exentos (Ver Instrucciones Exempt Salaries (See Instructions)	
Continue Con	* Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee	Código/Code	II en Propinas - Uncollected
S160021	Conserve copia para sus récords	16 0.00	Social Security Tax on Tips
Número Control - Control Number	Keep copy for your records	Código/Code	0.00
006272459	Año:	16A. 0.00	
000212439	Year: 2016	16B. Aportaciones al Programa Ahorra y	23. Contrib. Medicare no Retenio
Fecha de radicación: 31 de enero - Fili	rear;	Duplica tu Dinero - Contributions to the Save and Double your Money Program	en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips
	ng date: January 31	- Save and Double your Money Drowson.	
			11
Formulano orm 499H-2/W-2 PR lev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO	O.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA	INFORMACION PARA EL
formulano form 499R-2/W-2 PR ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT	O.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	producido por: Departamento de Hacienda
COMPROBANTE DE RETENCIO	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT	O.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION
Formulano Form 499R-2/W-2 PR Rev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LIVIS	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY
Formulano Form 499R-2/W-2 PR Rev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s)	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No.	O.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR iv. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wayes 38460.00 8. Comisiones - Commissions	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR iev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Maillea Adda	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR iev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Maillea Adda	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de solutions in the security of the s	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employers populare.	INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR ièv. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR lev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS , PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Año	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Month Year -	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficion Mandicolates	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Formulano Form 499R-2/W-2 PR lev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Upellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Doy Month Nombre y Dirección Postal del Doy	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficion Mandicolates	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00
Formulano Form 499R-2/W-2 PR Rev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO I. Nombre-First Name LUIS Expellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Echa de Nacimiento Dio Mes ate of Birth Doy Month Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR lev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Month - Yeor - Pate of Birth Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDICACTON CLASCIPPET DE PUICACTON CLASCIPPET DE	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send Io	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenides - Tay Withbull	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueidos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueidos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS LIPERIO COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS LIPERIO COMPROBANTE DE RETENCIO DIrección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Lecha de Nacimiento Dio Mes Monita LIPERIO Mes Mes Monita LIPERIO	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Beneficios Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro, Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida
iormulano iorm 499R-2/W-2 PR lev. 08.16 ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Month - Yeor - Pate of Birth Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDICACTON CLASCIPPET DE PUICACTON CLASCIPPET DE	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Capter William	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Benefitos Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916,88	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueidos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueidos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Month - Yeor - Ano Yeor - Month - Yeor - Month - Yeor - Ano Yeor - Month - Yeor - Month - Yeor - Month - Yeor - Ano Yeor - Month - Yeor - Month	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: 'Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la	0.00 Re INFORMACION PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION 7. Sueldos - Wages 38460.00 8. Comisiones - Commissions 0.00 9. Concesiones - Allowances 0.00 10. Propinas - Tips 0.00 11. Total=7+8+9+10 38460.00 12. Gastos Reemb. y Benefitos Marginales Reimb. Expenses and Fringe Benefits 0.00 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 1916,88	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueidos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueidos y Pro, Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS LIPERIO DE LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS LIPERIO DE LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DE PARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS LIPERIO DE LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DE PU	A. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con Ia With the W-3PR	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro, Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Techa de Nacimiento Dio Mes Month Poy Month Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AYE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Imero de Teléfono del Patrono Imployer's Telephone Number	A. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions Patrono: - Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes-Barre, PA 18769-0001 Con Ia With the W-3PR	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGUPO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO I. Nombre-First Name LUIS Spellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Secha de Nacimiento Dio Mes Month - Yeol - Yeol - Month - Yeol	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored health coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Envie al Departmento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Month Yeol — Año Yeol — Año Yeol — Month Yeol — M	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Fenvie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronicaliv	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 echa de Nacimiento Dio Mes Monith Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Imero de Teléfono del Patrono niployer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano Doy Monith Your Monith Tenero Confirmación de Padresión Filiado Servicio de Podresión Postal Servicio Mes Ano Doy Monith Your Monith Tenero Confirmación de Padresión Filiado Servicio Mes Ano Doy Monith Your Monith Tenero Confirmación de Padresión Filiado Servicio Mes Ano Doy Monith Your Mes Ano Doy Mes Ano Doy Monith Your Mes Ano Doy Mes Ano Do	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con Ia With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov)	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Techa de Nacimiento Dio Mes Month Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AYE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Imero de Teléfono del Patrono naployer's Telephone Number cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano Doy Month Your Mo	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 7. O00 Patrono: - Employer: Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee	INFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Lipellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Lecha de Nacimiento Dio Mes Month Yeor — Republication Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Limero de Teléfono del Patrono nipioyer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano nipioyer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano nipioyer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano nipioyer's Telephone Number Mes Ano North Ano Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Ano North Number Mes Court Mes Ano North Number	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: Employer: Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copies to employee Conserve copies to employee	INFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncellected
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Pecha de Nacimiento Dio Mes Año Ano Mes PO EDUCACION - CLASIFICADOS AVE TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Dimero de Teléfono del Patrono Imployer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Año Mes Año Mes Case of Operations Date: Doy Month Vegul Dimero Confirmación de Radicación Electrónica Potronic Filing Confirmation Number S160021	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 7. Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Fenvie al Departament of Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.qov) Entregue dos copias al empleado Dellyer two copias to empleado	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO 1. Nombre-First Name LUIS Apellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Dirección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Techa de Nacimiento Dio Mes Month Yeor Pate of Birth Doy Month Yeor Pate of Birth Dept Dept De EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 Jimero de Teléfono del Patrono enployer's Telephone Number cha Cese de Operaciones: Dio Mes Aho Nomproyer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Aho Nomproyer's Telephone Number S160021 mero Control - Control Number	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 660433481 5. Costo de cubierla de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: Employer: Envie a: - Send Io: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR Fenvie al Departament of Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy lor your records	NFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Tax Withheld 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO DE L'UIS SEPELIO DE L'UIS BENTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DE PARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO DE MONTH - COMPROBANTE DE L'UIS D	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) - Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	INFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO Nombre-First Name LUIS pellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO irección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 secha de Nacimiento Dio Mes Month Yaor - Anto	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) - Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	INFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueidos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueidos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips
ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO DEPARTAMENTO DE HACIENDA - COMPROBANTE DE RETENCIO Nombre-First Name LUIS pellido(s) - Surname(s) ORTIZ OCASIO Prección Postal del Empleado-Employee's Mailing Address PO BOX 3078 JUNCOS, PR 00777 Pacha de Nacimiento Dio Mes Month Yeor Month Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION-CLASIFICADOS AVE. TENIENTE CESAR GONZALEZ ESQUINA CALAF HATO REY, PR 00919 mero de Teléfono del Patrono Inployer's Telephone Number Cha Cese de Operaciones: Dio Mes Andre Name of Operations Date: Doy Month Yeor Mes Of Operations Date: Doy Month Yeor Month Yeor Mes Of Operations Date: Doy Mes Of Operations Date: Doy Month Yeor Mes Of Operations Date: Doy Month Yeor Mes Of Operations Date: Doy Mes Of Operations Date: Dat	RICO - COMMONWEALTH OF PUERTO RICO DEPARTMENT OF THE TREASURY N - WITHHOLDING STATEMENT 3. Núm. Seguro Social Social Security No. 4. Núm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN) 6 6 0 4 3 3 4 8 1 5. Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-sponsored heaith coverage 0.00 6. Donativos Charitable Contributions 0.00 Patrono: - Employer: - Envie a: - Send lo: Social Security Administration Data Operations Center Wilkes- Barre, PA 18769-0001 Con la With the W-3PR - Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente Send to Department of the Treasury electronically (www.hacienda.pr.gov) - Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee Conserve copia para sus récords Keep copy for your records	INFORMACION PARA EL	INFORMACION PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION 17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages 0.00 18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld 0.00 19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips 38460.00 20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld 557.67 21. Propinas Seguro Social Social Security Tips 0.00 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips 0.00 23. Contrib. Medicare no Retenido Social Security Tax on Tips

::

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Page 39 of 42 GOBIERNO DE PUERTO RICO FORMA UNICA Número de Serié 2017 2017 DEPARTAMENTO DE HACIENDA Liquidador. Revisor PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE INGRESOS DE INDIVIDUOS AÑO CONTRIBUTIVO 2017 O AÑO COMENZADO EL DI ANII LA FINNFNIDADA RO VI V2 PT P2 N'DID2E AM O FALLECIDO DURANTE EL AÑO: de 2017 Y TERMINADO EL 31 de 2017 **CÓNYUGE** ONTRIBUYENTE Nombre del Contribuvente Apellido Paterno Apellido Materno Número de Seguro Social Contribuyente CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILLA PARA CONYUGE SUPERSTIE RIVE CONTRIBUTIVO (Indique seguro social y fecha de defunción del conyuge fallecido: ; Día Mes Año LUIS ORTIZ OCASIO Dirección Postal Fecha de Nacimiento Sexo M STATE The state of Selfo de Recibido URB PARAISO DE COAMO Número de Seguro Social Cónyuge 615 CALLE PAZ Fecha de Nacimiento del Sexo COAMO Código Postal 00769 Cónyuge Nombre e Inicial del Cónyuge 28/3/2018 3:52:19 PM Apellido Materno Mes Año ad in Gray In which Teléfono Residencia Dirección Residencial Completa (Barrio o Urbanización, Número, Calle) 787-[]]405-5354 URB PARAISO DE COAMO Telélono del Trabajo 615 CALLE PAZ COAMO CAMBIO DE DIRECCIÓN: SI NO Código Postal 00769 Correo Electrónico (E-Mail) afigueroa@apagpr.com LOLICITÓ PRÓFIROGA: SÍ NO CONTRATO GOBIERNO: Contribuyante Cónyuga SÍ **EUENTE DE MAYOR INGRESO:** ¿Cíudadano de Estados Unidos? (Véanse instrucciones) Empleado del Gobiemo, Municipios o 4. Retirado/Pensionado AResidente de Puerto Rico durante todo el año? Corporaciones Públicas 5. Trabajo Cuenta Propia (Indique la Si contestó "No", indique una de las siguientes: Empleado del Gobierno Federal industria o negocio principal) Fecha de mudanza a P.R. (Día____ Mes_ Empleado de Empresa Privada 2. Fecha de mudanza fuera de P.R. (Día Mes 6. Otro 3. No residente durante todo el año Cuestionario ¿Generó ingresos fuera del período de residencia en P.R. que no s J, STADO PERSONAL AL FINALIZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO: incluyen en esta planilla? (Si contestó "Sí", indique la cantidad): Casado Atribuible al contribuyente \$_ (Ennegrezca aquí Si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo CO Individuo) 2. Atribulble al cónyuge \$_ Contribuyente individual ¿Otros ingresos excluidos o exentos de contribución? (Someta Anejo IE Individuo) (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge ai es: ¿Individuo residente inversionista? (Someta Anejo F1 Individuo) Casado con capitulaciones de total separación de bienes ¿Socio de una sociedad sujeta a tributación bajo el Código de Renta Casado que no vivía con su cónyuge) Internas Federal? Casado que rinde por separado ¿Militar activo en zona de combate durante el año contributivo (Indique nombre y seguro social del cónyuge arriba) (Fecha en que cesó en el servicio: Día__ Médico cualificado bajo la Ley 14-2017? Ocupación del contribuyente Maestro de Escuel 6110 Contribuyente (Núm. decreto) 2. Cónyuge (Núm. decreto Ocupación del cónyuge PASE A LA PÁGINA 2 PAHA DETERMINAR SU REINTEGRO O PAGO. . CONTRIBUCIÓN PAGADA EN EXCESO (Encasillado 3, línea 29. Indique distribución en las líneas A, B, C y D) A) Acreditar a la contribución estimada 2018 B) Aportación al Fondo Especial para el Estuario de la Bahía de San Juan C) Aportación al Fondo Especial para la Universidad de Puerto Rico D) A REINTEGRAR (Si desea que se le deposite el reintegro directamente en una duenta, complete el Encasillado de Depósito) QQ 2. TOTAL NO PAGADO DE LA CONTRIBUCIÓN (Encasillado 3, línea 29) Pago 3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Planilla o Electrónicamente a través de µp Programa Certificado 00 Intereses Recargos y Penalidades 4. BALANCE PENDIENTE DE PAGO (Línea 2 menos línea 3(a) más líneas 3(b) y (b) 0 00 AUTORIZACIÓN PARA DEPOSITO DIRECTO DE REINTEGRO Tipo de cuenta Número de ruta/tránsito Número de su cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: (Nombre completo en letra de molde según aparece en su cuenta. Si es casado y rinde planilla conjunta, incluya el nombre del cónyuge) Declaro bajo penalidad de perjurio que he examinado la información incluida en esta planilla, anejos y documentos que se acompañan, y que la misma es cierta, correcta y completa. La declaración de la persona que prepara la planilla (excepto el contribuyente) es con respecto a la información disponible y dicha información ha sido verificada. Firma del Contribuyente Fecha Firma del Cónyuge FIRMADA ELECTRONICAMENTE 28/3/2018 Nombre del Especialista (Letra de Molde) Nombre de la Firma o Negocio Antonio A Figueroa Alvarado Advisory Group Corp lista por cuenta | Númerode Registro Firma del Especialista Fecha Especialista por cuenta propia (ennegrezca aqui) FIRMADA ELECTRONICAMENTE 28/3/2018 6853 NOTA AL CONTRIBUYENTE: Indique si hizo pagos por la preparación de su planilla: 1 No. Si contestó "Si", exija la firma y el número de registro del Especialista

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Exhibit Page 40 of 42

ulario 499R-2/W-2PR GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNO 77.17 DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPAR	MENT OF PUERTO RICO	INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY	INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL				
222 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - W	ITHHOLDING STATEMENT	INFORMATION	SOCIAL SECURITY INFORMATION				
1. Nombre - First Name	Núm, Seguro Social Social Security No.	7. Sueldos - Wages	17. Total Sueldos Seguro Social Social Security Wages				
LUIS	- 180 C 180 C	8. Comisiones - Commissions	, , , , , , , , , , , , , , , , , , , ,				
Apellido(s) - Last Name(s)	4 . Nûm. de Ident. Patronal Employer Ident. No. (EIN)	0.00	0.0				
A ORTIZ OCASIO	660433481-081	9. Concesiones - Allowances O.OO	18. Seguro Social Retenido Social Security Tax Withheld				
Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address	Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost of employer-	10. Propinas - Tips					
PO BOX 3078	sponsored health coverage .	0.00 11. Total = 7 + 8 + 9 + 10	0.00				
NINOCO DE COMP	6. Donativos	38,460.00	19. Total Sueldos y Pro. Medicare Medicare Wages and Tips				
JUNCOS PR 00777 Fecha de Nacimiento: Día Mes Mes Año	Charitable Contributions	12. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales Reimb, Expenses and Fringe Benefits	,				
Date of Birth: Day Month Year	0.00	0.00}	38,460.00				
Nombre y Dirección Postal del Patrono Employer's Name and Mailing Address	Patrono: - Employer:	1	20. Contrib. Medicare Retenida Medicare Tax Withheld				
DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS	Social Security Administration Data Operations Center	1,917.99					
AVE. TENIENTE CESAR GO ESQUINA CALAF	Wilkes-Barre, PA 18769-0001	Governmental Retirement Fund	557.67				
HATO REY PR 00919	With the W-3PR	3,399,63	21. Propinas Seguro Social Social Security Tips				
Número de Teléfono del Patrono Employer's Telephone Number (787) 773-3508	Envie al Departamento de Hacienda electrónicamente	Contributions to CODA PLANS	additionality 1162				
Fecha Cese de Operaciones: Día Mes Año Cease of Operations Date: Day Month Year	Send to Department of the Treasury electronically	0.00 Salarios Exentos (Ver instrucciones)	0.00				
Cease of Operations Date: Day Month Year Número Confirmación de Radicación Electrónica		Exempl Salarias (Soo instructions) [22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected				
Electronic Filing Confirmation Number \$170008	 Entregue dos copias al empleado Deliver two copies to employee 	16. 0.00	Social Security Tax on Tips				
Número Control - Control Number	 Conserve copia para sus récords Keep copy for your records 	Código/Code 16A. 0.00	0.00				
006994149		16B. Aportaciones al Programa Ahorra y	23, Contrib, Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips				
Fecha de radicación: 31 de enero - Filing d		Save and Double your Money Program 0.00	0.00				

INSTRUCCIONES PARA EL EMPLEADO DEBERA SOMETER COPIA AL RENDIR SU PLANILLA

De acuerdo al Código de Rentas Internas de Puerto Rico de 2011, según enmendado (Código), viene obligado a rendir planilla de contribución sobre ingresos todo indivíduo residente que:

sea contribuyente individual o casado, si durante el año contributivo luviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031,02 del Código mayor de \$5,000; sea casado que vivía con su cónyuge y opte por rendir planilla separada, si durante el año contributivo tuviere un ingreso bruto reducido por las exenciones de la Sección 1031,02 del Código de \$2,500 o más; o

tenga ingreso neto sujeto a contribución básica alterna de \$150,000 o más.

PENALIDAD – El Código dispone lo siguiente: Toda persona obligada bajo cualquier Subtítuto del Código a rendir una planilla, declaración, certificación o informe, que voluntariamente dejare de rendir incurrirá en delito menos grave, y en caso de convicción, será castigada con pena de multa no mayor de \$5,000, o con pena de rectusión por un término máximo de 90 días, o ambas penas, a discreción del tribunal, más las costas del proceso. En aquellos casos en que cualquier persona voluntariamente dejare de rendir dicha planilla, declaración, certificación o informe (dentro de los términos fijados por el Subtítuto correspondiente o por reglamentos), con la intención de evadir o derrotar cualquier contribución impuesta por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, además de otras penalidades establecidas por el Código, la pena fija de reclusión establecida o pena de multa que no excederá de \$20,000, o ambas penas, más las costas del proceso.

Retenga copia de este formulario para sus récords. Puede usarla para establecer su derecho a los beneficios de seguro social. Si su nombre, dirección o número de seguro social están incorrectos, informe el error a su patrono para que le complete un Formulario 499R-2cM-2cPR.

INSTRUCTIONS FOR THE EMPLOYEE A COPY MUST BE SUBMITTED WITH YOUR RETURN

Pursuant to the Puerto Rico Internal Revenue Code of 2011, as amended (Code), an income tax return must be filed by any resident individual who:

- is an individual or married taxpayer, who during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code Section 1031.02, greater than \$5,000;
 is a married individual who lived with his/her spouse, and elects to file separate returns, that during the taxable year had gross income, reduced by the exemptions established in Code
 has net income subject to alternate basic tax of \$150,000 or more.

PENALTY — The Code provides the following: Every person required under any Subtitle of the Code to file a return, statement, certification or report, who willfully fails to file such return, statement, and upon conviction thereof, punished by a fine of not more than \$5,000, or imprisonment for a term of not more than \$0 days, or both penalties, at the discretion of the Court, plus the costs of prosecution. In the case of any person who willfully fails to file such return, statement, certification or report (within the terms established by the corresponding Subtitle or by regulations, punished by imprisonment for a term ranging from three years and one day to eight years. The Court may impose, at its discretion, the fixed penalty of imprisonment provided or a fine of not more than \$20,000, or both penalties, plus the costs of prosecution.

Keep copy of this form for your records. You can use it to prove your right to social security benefits. If your name, address or social security number is incorrect, inform this to your employer and request a Form 499R-2cW-2cPR.

Form	ormulario 482 Rev. 23 oct 18														Plentin	n Williams																			
	Liquidador Revisor						2018 GOBIERNO DE PU DEPARTAMENTO DE						RTO F	RICO ENDA	,			2018	3	Número de Serje															
1									PLANILLA DE CONTRIBUCIÓN SOBRE IN									E INI			_				<u>.</u>) ; } :					
R.	G	RO	V1	TV2	P1	P2	N	D1ID	2 E	A	И	ለለሽጥ ውስለተመመጠቸውው ሳሽፋው ው						4ÑO	COM	ENZA	DO E	i.		9	C PLANILLA ENMENDADA										
				'			.				"	01_de01de2018_YTERMINAD						C)	31 .	do	12		a. 2011	,	FALLECIDO DURANTE EL AÑO: J J Dia Mes Año									ļ	
No	more	def	Con	ribuy	ente	<u> </u>	Inic	ial	Ap	elildo F	alern	erno Apellido Materno							O EL 31 de 12 de 2018 Número de Seguro Social Contribuyente							CONTRIBUYENTE CONVUGE								_	
	JUIS ORTIZ									RTI	Z		- 1						•	١	CÓNYUGE SUPÉRSTITE RINDE OTRA PLANILL EL AÑO CONTRIBUTIVO (indique seguro socia fecha de defunción del cónyuge fallecido: ; Día Mes A									APAR Iy	١				
Dir	Dirección Postal													Commen	Fect	na de	Nacim	ilento		Sexo			ecna	ge ge	uncio	n dei	cony ;[ruge t Dia	allecid _Mes_	lo: Añ	o	_			
ETE	URB PARAISO DE COAMO 615 CALLE PAZ											ע	ıa	Mes		ño		O F			:.'		Selic	de	Recil	pido			•	4					
													Nume	ro de	e Segi	uro S	ocial	Cónyuge		1	٠.	· !		• • • •											
l l	 JAN					.'					R	Cédino	Postal O					Fecha		lacimie	nlo de	al l	Sexo	-			."		'.' 	e Nasa			• • :		
_	_		cial d	el Có	nyuge			Арі	ellido	Patern		The state of the s	pellido Ma)		4	ii.	Mes	nyuge	Αñο				12/	3/	2019	3;	47:	43	₽M		٠,	`. `	ļ
Diray	-ciAn	Don	idan	iai C		- 10		114	· · · · ·	4. 511		Calle)						:at		eléfono		dencia		-			: Province								
						E C			nzac	on, Nu	mero,	, Calle)					42 50	78	7-4 Ta	l O 3 – eléfono	535	54		4	*		1		Taring Taring	T.	•	\$ 73 2 3			
61	L 5	CF	\LL	E	PAZ											:	ores Sales execu-	ica Str		5,0,0,0	40, 1	iaraje	•	-		· ·			· · :				1	· .	
CC	AM	10						PR				Código	Postal	0076	59		CA CA	MBIO	DE DI	RECCI	ÓN: C	s	No	,			<u></u> `		, , i		: ₩:		-		١
Corre	oreo Electrónico (E-Mail) planillas@apagpr.com												LICITO	ÓPRÓ	RROG	A: C	⊃ s	No	0 1	CONT	OTA5	GOBIE	RNO:	0	Contri	ibuyen	te C	⊃C6i	nyuge	1					
	A	. 🖪	Sİ Manara	$\stackrel{\sim}{=}$:¿Ci	ıdada	апо	de I	Esta	dos I	Unid	os? (Véa	nse ins	truccio	nes)	1							IGRESO blemo, M		niaa .			_ n	. Han al	- (D-					
	8	. @			٠¿Re	sider	nte i	de P	uert	o Rice	o du	rante todo de las si	el año	0?		1	MARKET	zi.	C	Corpora	acione	es Pú	iblicas			,		⊃ Re ⊃ Tr				iado ropia (l	ndique	e la	
					1.0	⊃	-ech	na de	mı	≀danz	aai	P.R. (Dla			_) .	•	CHARLES TO	£. ⊂ 3 ⊂		mplea	ado d	lei Go	obierno I npresa F	Fede	ral to				dustria	o ni	egodio	princ			
0					3. €	\supset 1	Νо г	eşide	ente	dura	nte t	ra de P.R. odo el añ	o o		,		A STATE OF THE PARTY OF THE PAR	 St					•												ĺ
Cuestionario	C	. C	> (¿Ge incl	neró Iven	ing en	resos esta	fue nlai	era de Villa?	l per (Si <i>e</i>	período de residencia en P.R. que no se J.							ESTADO PERSONAL AL FINALI								ZAR EL AÑO CONTRIBUTIVO:								
tion					1, C	\supset ℓ	∖trib	uible	al e	contril	suve	yente \$exentos de contribución?						Gasado Casado (Ennegrezca aqui Si se acoge al cómputo opcional y pase al Anejo (neio C	O Ind	ividu				
nes	D	.C	> (¿Ot	os in	gres	30S 6	xclu	idos (o ex							2. Contribuyente individual (Ennegrezca e indique nombre y seguro social del cónyuge si														, ricita	Ί		
ပ	E	. C	5	9.73	Jino	lividin	o re	sider	nte	ndivid invers	lonis							 h	(1	Enne	grezc Casa	ae doc	indique on capit	non tulac	ibre iones	y se de	guro total :	socia separ	l del ación	cón de	yuge biene	esie: es	s:		
	F	. ⊂	\supset		∙ ¿So	cio d mas	e ur	ia so	cied	ad su	jeta	a tributac	utación bajo el Código de Renta Casado que no vivía								ivía	con s	su có	nyug	e)		***								
	G		>	, de 9	ιMi	itar	acti	vo e	n zo	ona d	e co	ombale d	ombate durante el año contributivo												arado iro social del cónyuge arriba) : te Maestro de Escuela 6110										
	Н		>		.¿M€	dico	cua	lifica	do Ł	oajo la	a Le	v 14-2017							0	cupac	ción o	del c	ontribuye	ente								1			
					1, C 2, C	3	Coni Còny	lribuy /uge	ente (Nú	e (Núi m. de	n. de crete	ecreto				1) [Ocupación del cónyuge																	
		. `	•	-		*********	-	Ť	÷	-	. '		A.LA	PÁGI	NA 2 F	ARA	DETE	RMI					RO O F), ·	11. 12.	(1)	4. 27	9.	(1973) (1977)	7 1	. Ø.	:20		۱
910	1.	CO	NTR	IBU	CIÓN	PAG	GAD	A E	N E	XCES	O (Encasillad	o 3, lin	ea 29.	Indique	e distri	pución	en	las I	lineas	Α, Ε	3, C	y D)	******	.,	******	(D	. (01)				30	4 00	ı
Reintegro		A) 21	Acre	edita	ıra An -	la co	ontri	bució	ón e	estima	ida	2019				(Service of the servic)	•••••		*******		•••••	•					. (02)				,,,,_,,	00	TIL
Rei		□}. C\	дро Аро	rtaci	on a án a	ror I For	ido ido	Esne	ecia ecia	para I para	lel ≀la	Estuario Universid	ae la B ad do l	sania (Puerto	ae San Rico	Juan	announ () 	******		*******	,,,,,,,,	••••••	* 1 - 1		• • • • • • •	*****		(03)	-				00	7
		-, D) ,	A R	EINT	EGR	AR (Si d	lesea	. qu	e se l	le de	eposite el	reinteg	ro dir	ectamer	nte en	UD OF	uent	a, co	omple	te el	Enc	asillado	de l	 Depós	ito)	*********		, (U4) , (O5)				20	4 00	-8
	_																100		<u> </u>		-	-			ومعتقدة	_	7.4		-		-		Ų		1
6	3.	Mei	nos:	Ca	ntida	d pai	gada	a (a	n (Con F	vidu Plani	JCIÓN (E illa o Ele	ucasılla etrónic	iuo 3, ament	iinea 2 e a fra	vés d	aniin.	Dron	rame	a Cer	 Hifica	ido				******		•••••	(06)	\vdash			···	00	1
Pago	3. Menos: Cantidad pagada (a) Con Pi							es														*******			(07)					U	1				
"		_						(c	:)	Reca	rgos	3		y Per	nalidade	ıs							**********	(09)				00					,	
	4.	BA	LAN	CE	PEN	DIEN	ΤE	DE I	PAG	0 (L	inea	2 menos	linea 3	3(a) m	ás línea	as 3(b)	Y-34	e))	*******		******				*******				(10)					000	
ಭ		Гірс	de	cue	nta					Nú	AUTORIZACIÓN PARA DEPO Número de ruta/tránsito								SITO DIRECTO DE REINTEGRO Número de su cuenta															• • •	
JÓS	Tipo de cuenta Cheques Ahorros Cuenta a nombre de: LUIS C						0 2 1 5 8 3 1 1 1							001008][4	2] 9					1		П	П					
Dep		Cu	enta	аı	omb	re d						OCASI					:			 V							 			*******	4 h			 ;	
D	10	L.	la -	- I	ادعاها	da.						letra de mo																							
La 1	ueci	did	CIUII	ue	ар	ue pe erson	a q	io qu ue p	ie h repa	e exa ra la	mına plan	do la info illa (exce	rmación oto el c	inclui contrib	da en e uyente)	sta pla es co	nilla, n resp	anejo recto	syı ala	docur info	nento rmaci	s qu ón d	e se acc isponible	ompa e y	ñan, dicha	y qui info	e la m mació	isma n ha	es ci sido	erta, veri	corre	ectay	com	pleta.	
Firm	a di	el C	ontr	buy	ente							······································		Fech			j	Firma	del	Cónyi	ige										Fech				1
✓	FI:	RM.	AD.	A E	LE	CTR	NO.	ICA	ME	NTE				1 1:	2/3/2	019	,														1				ŧ

Case:17-03283-LTS Doc#:12382-1 Filed:03/16/20 Entered:03/16/20 17:35:33 Desc:

Formulario GOBIERNO DE PUERTO RICO - GOVERNMENT OF PUERTO RICO Form 499R-2/W-2PR INFORMACIÓN PARA EL DEPARTAMENTO DE HACIENDA - DEPARTMENT OF THE TREASURY INFORMATION INFORMACIÓN PARA EL SEGURO SOCIAL SOCIAL SECURITY INFORMATION DEPARTAMENTO DE HACIENDA-DEPARTMENT OF THE TREASURY Rev. 07.18 COMPROBANTE DE RETENCIÓN - WITHHOLDING STATEMENT 555 7. Sueldos - Wages Total Sueidos Seguro Social Social Security Wages 1. Nombre - First Name Nům. Seguro Social Social Security No. 39,293,35 8. Comisiones - Commissions 0.00 LUIS A 0.00 Núm, de Ident, Patro 9. Concesiones - Allowances Apellido(s) - Last Name(s) Seguro Social Retenido Employer Ident, No. (EIN) 0,00 Social Security Tax Withheld 66-0433481 10. Propinas - Tips ORTIZ OCASIO 0.00 Costo de cubierta de salud auspiciada por el patrono - Cost el employer-sponsored health coverage Dirección Postal del Empleado - Employee's Mailing Address 0.00 11. Total = 7+8+9+10 39,293,35 Total Sueldos y Pro, Medicare Medicare Wages and Tips PO BOX 3078 0.00 12. Gastos Reemb, y Beneficios Marginales 6. Donutivos Charitable Contributions JUNCOS PR 00777 Fecha de Nacimiento: 39,293.35 Mag Año 13. Cont. Retenida - Tax Withheld 0.00 Date of Birth: Day Month Year Contrib. Medicare Retenida 1,999.54 Patrono: - Employer: Medicare Tax Withheld 2. Nombre y Dirección Postal del Patrono 14. Fondo de Retiro Gubernamental Governmental Retirement Fund Indique si la remuneración incluye pagos Employer's Name and Mailing Address DEPT DE EDUCACION CLASIFICADOS al empleado por: 3,482.52 569.75 Indicate If the renumeration includes AVE. TENIENTE CESAR GO 15. Aportaciones a Planes Calificados payments to the employee for: 21. Propinas Seguro Social ESQUINA CALAF Contributions to CODA PLANS Social Security Tips A- D Servicios prestados por un médico HATO REY, PR 00919-0000 Número de Teléfono del Patrono cuelificado bajo la Ley 14-2017 Salarios Exentos (Ver instrucciones) Exempt Salaries (See instructions) Employer's Telephone Number Services rendered by a qualified 0.00 physician under Act 14-2017 Colfoo Code Fecha Cese de Operaciones: Mes Año 22. Seguro Social no Retenido en Propinas - Uncollected Social Security Tax on Tips Cease of Operations Date: 16, 0.00 Day Month Year B- Servicios domésticos Número Confirmación de Radicación Electronica Cádiga:Cadi Domestic services Electronic Filing Confirmation Number 0,00 F0717193216 0.00 C- Oiros / Others: Coulon/Cock 0.00 Número Control - Control Number 16B. 23. Contrib. Medicare no Retenida en Propinas - Uncollected Medicare Tax on Tips 18C. Aportaciones al Programa Ahorra y Duplica lu Dinero - Contributions to the 180075728 Año: 2018 Save and Double your Money Program Year: Fecha de radicación: 31 de enero - Filing date: January 31 0.00 0.00

dudia &

